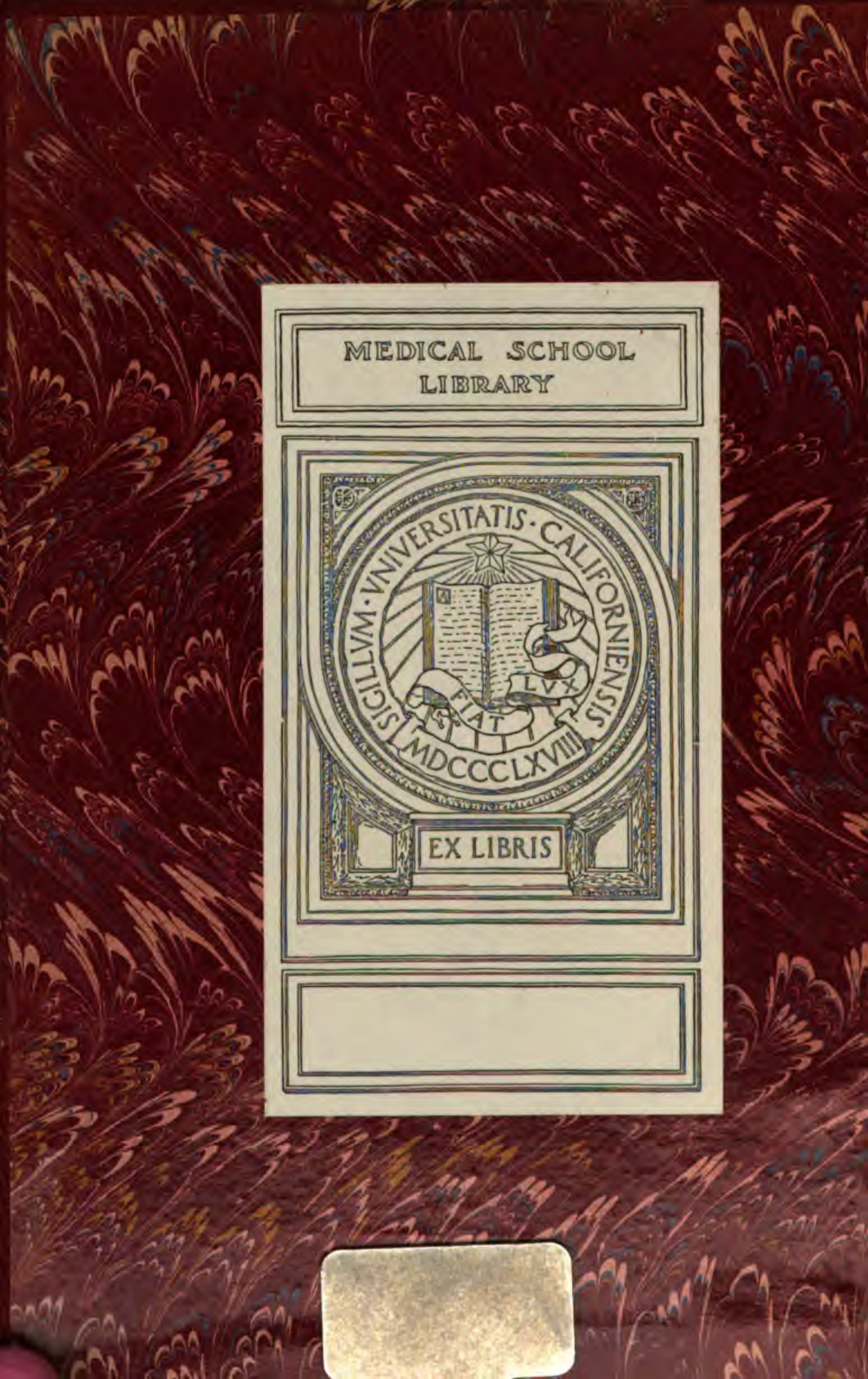
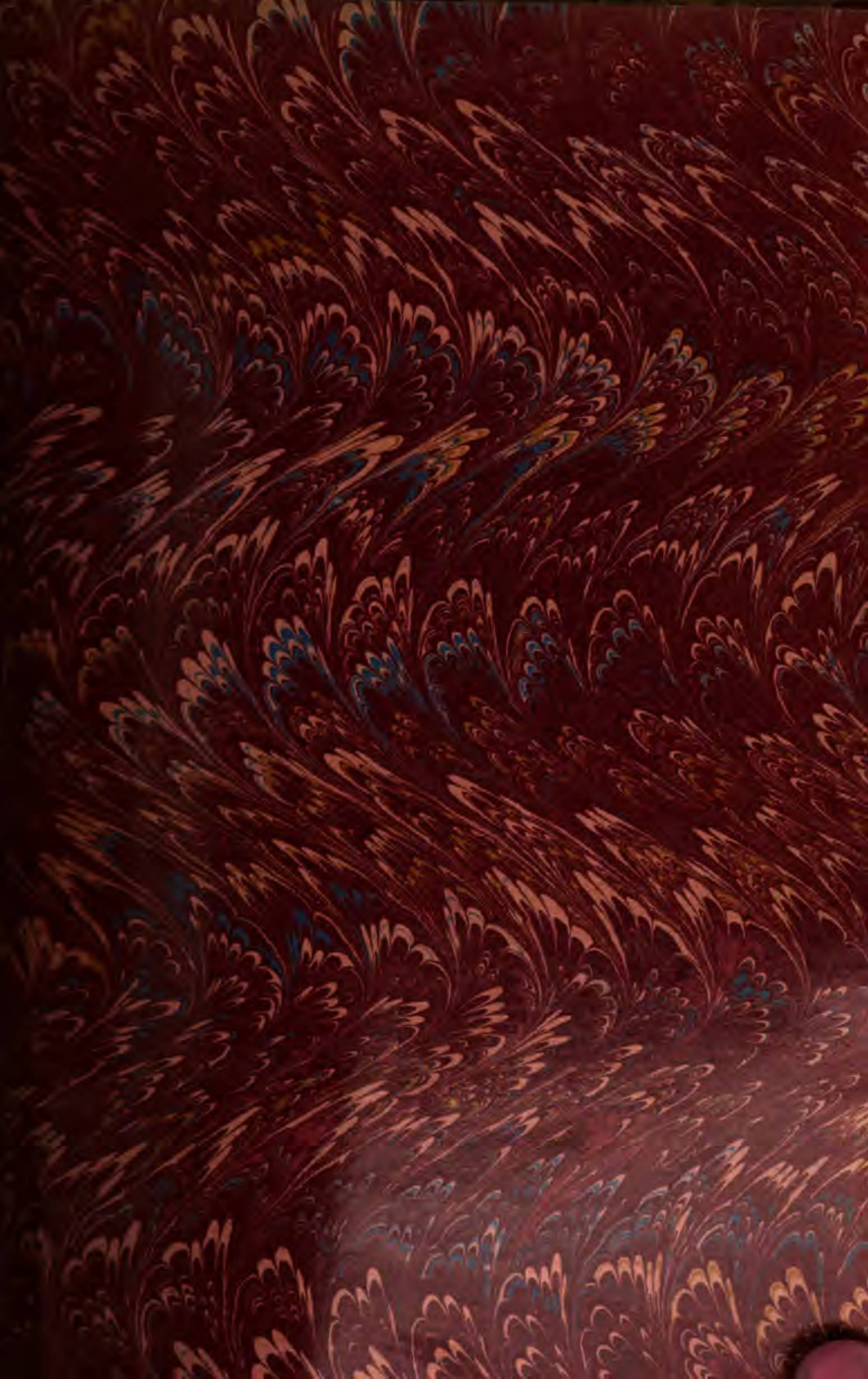
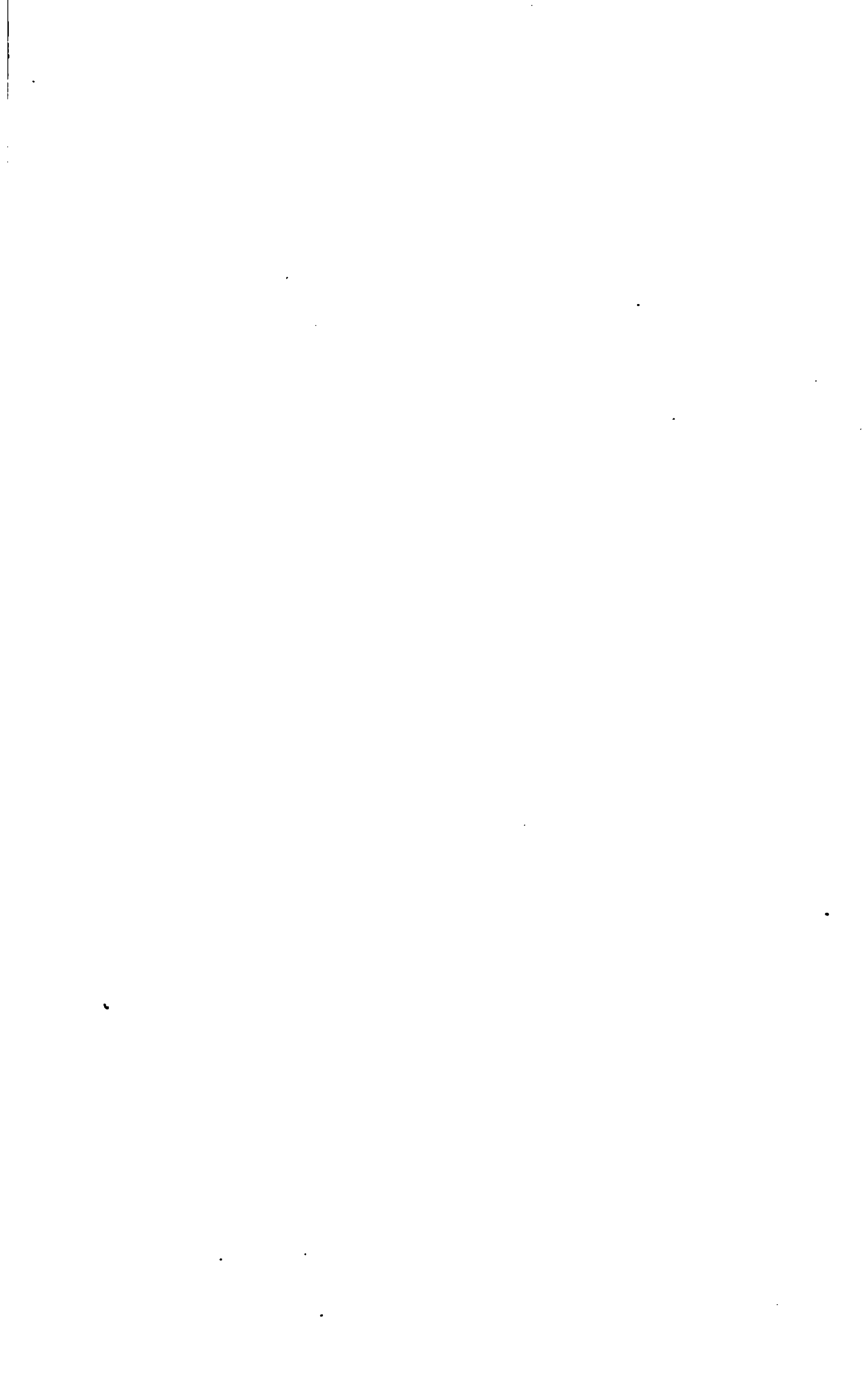
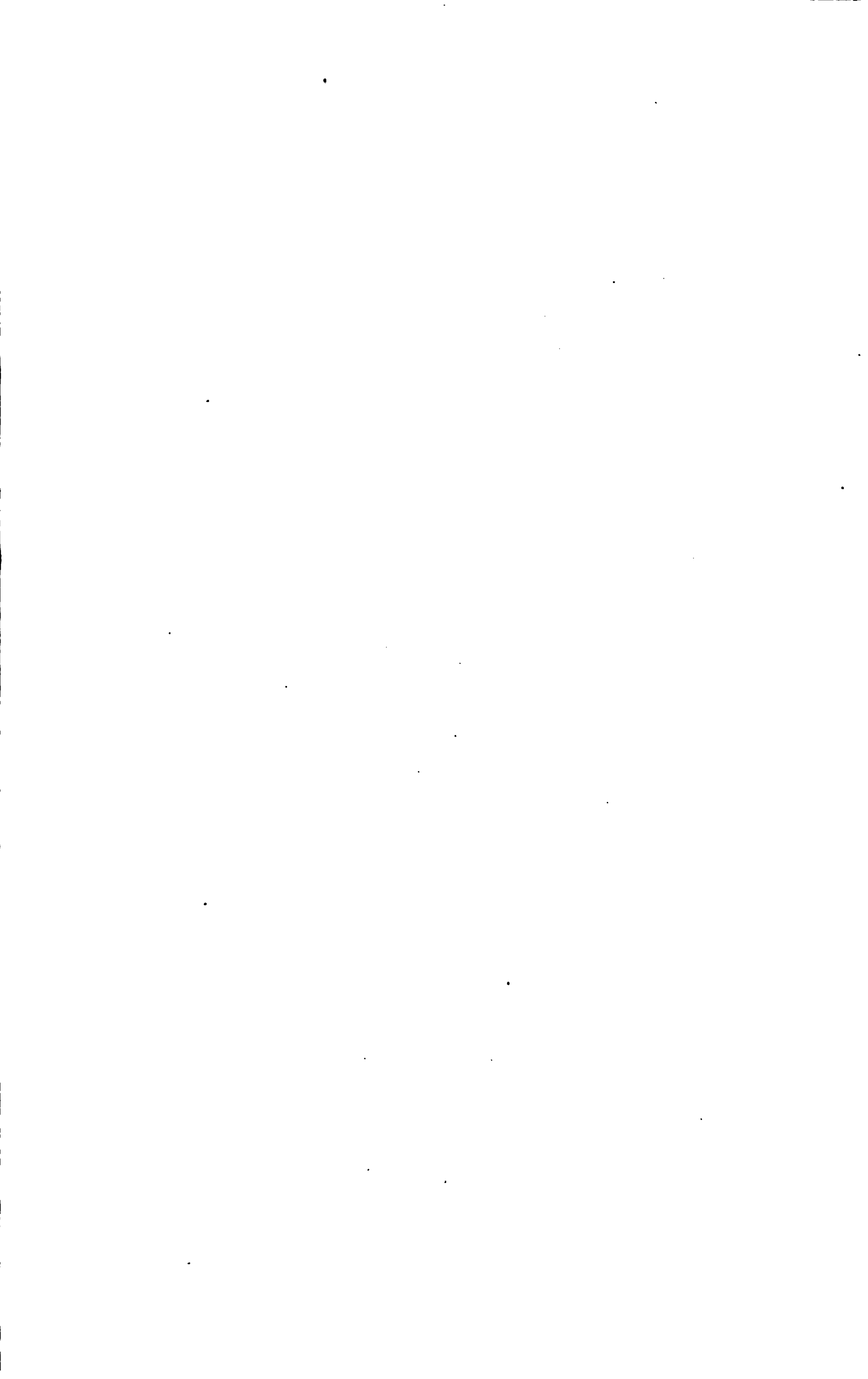
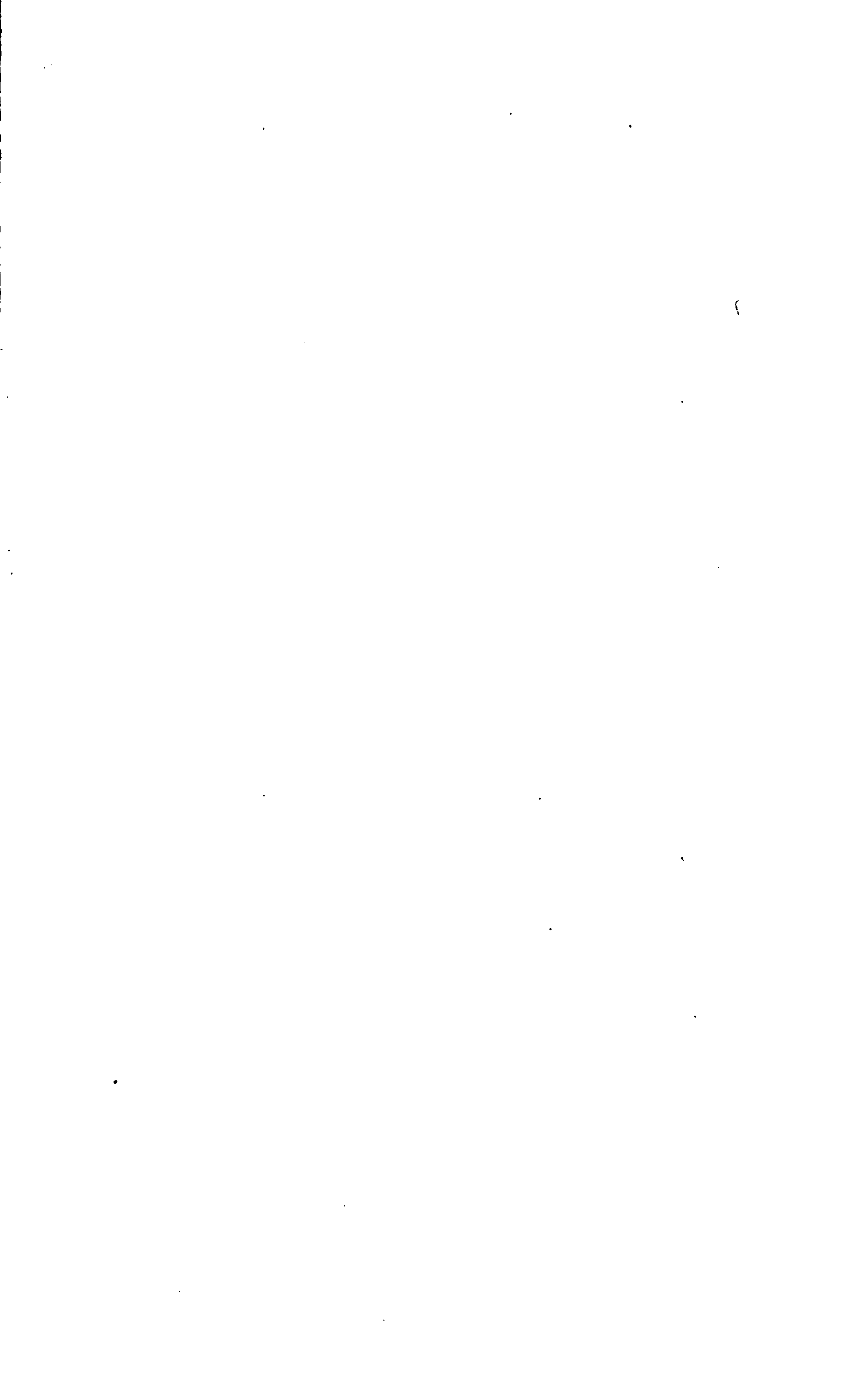

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS











261 492

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung der Herren

DDr. **Althaus** (London), **Bastelberger** (Eichberg), Professor **M. Bernhardt** (Berlin), **Bramann** (Berlin), **Buch** (Wilmanstrand in Finnland), Docent **Bumm** (Würzburg), **Dehn** (Hamburg), Professor **Dománsky** (Krakau), **Goldstein** (Aachen), **Halbey** (Bendorf), Sanitätsrath **Hauptmann** (Gleiwitz), **Hintze** (St. Petersburg), **Hirschmann** (Breslau), Direktor **Karrer** (Klingenmünster), **König** (Dalldorf), **Kron** (Berlin), **Krueg** (Ober-Döbling bei Wien), **Landsberg** (Ostrowo), **Langreuter** (Eichberg), Professor **Laufenauer** (Budapest), **Matusch** (Sachsenberg), Docent **Möbius** (Leipzig), **Moravcsik** (Budapest), Docent **Fr. Müller** (Graz), **Nagel** (Halle a. S.), Direktor **Neuendorf** (Bernburg), **Nieden** (Bochum), Professor **Obersteiner** (Wien), **Otto** (Dalldorf), **Pauli** (Köln), Direktor **Pierson** (Pirna), **Pollak** (Budapest), **Rabow** (Berlin), **Reinhard** (Hamburg), **Rohden** (Oeynhausen), Docent **Ottomar Rosenbach** (Breslau), **A. Rosenthal** (Warschau), **Schoenthal** (Heidelberg), **Stoltenhoff** (Saargemünd), Sanitätsrath **Voigt** (Oeynhausen), Director **Wähner** (Allenberg) u. A.

herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirigirendem Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

IX. Jahrgang 1886.

LEIPZIG,
Verlag von Theodor Thomas.

Verzeichniss der Originalien.

Ein genaues alphabetisch geordnetes Inhalts-Verzeichniss befindet sich am Ende des Bandes.

Monatlich 2 Nummern. jede zwei Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von
Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

9. Jahrg. 1. Januar 1886. Nro. 1.

INHALT.

I. Originalien.

I.

Ein schwerer Fall von „Reflex-Epilepsie"; einseitiger Beugekrampf der grossen Zehe und des Fusses voraufgehend — später abwechselnd mit allgemeinen epileptischen und epileptoiden Anfällen.

Von Professor A. EULENBURG in Berlin.

D. Z., 23 Jahre alt, aus Dorpat, kam am 23. Juli 1884 in Behandlung. Derselbe ist nicht hereditär belastet (Eltern und Ge-

schwister gesund); keine voraufgegangenen Krankheiten, namentlich keine Nervenaffectionen, keine Lues. Vor ca. dritthalb Jahren verspürte Pat. beim Ausziehen des rechten Stiefels plötzlich ein *schmerzhaftes krampfartiges Zucken der grossen Zehe, mit Beugung derselben und Plantarflexion des Füsses*, welches ungefähr eine halbe Minute hindurch anhielt. Dieser örtliche Krampf wiederholte sich in der nächsten Zeit mehrfach in der Weise, dass auch *Beugung des rechten Unter- und Oberschenkels* zu der anfänglichen Contraction des Flexor hallucis l. und der Plantarflexion hinzutrat. Nach mehrmaliger Wiederkehr dieser etwa eine Minute dauernden Partialkrämpfe erfolgte im März 1882 ein *mit tonischer Beugung der grossen Zehe eingeleiteter epileptischer Anfall*, mit ausgebreiteten aber vorwiegend rechtsseitigen Convulsionen und völliger Aufhebung des Bewusstseins; einige Wochen darauf ein zweiter, gleichartiger Anfall. Auf Anrathen eines hervorragenden Chirurgen wurden successiv mehrfach örtliche Eingriffe unternommen. *Eine unter der grossen Zehe befindliche Warze wurde mit Chromsäure geätzt, später excidirt; der Nagel wurde extrahirt*; es fand sich angeblich eine *Exostose an der Endphalanx der grossen Zehe*, wesshalb zur *Exarticulation dieser Phalanx* (Ende April 1882) geschritten wurde. Doch alle diese Operationen hatten gar keinen oder nur ganz vorübergehenden Nutzen. Der locale Krampf kehrte bereits nach 3 Wochen wieder, anfangs nur zur Nachtzeit und zwar regelmässig besonders beim Beginne des Einschlafens — allmähligjedoch häufiger, so dass mindestens 30 locale Krampfanfälle sich im Laufe eines Tages entwickelten. Bromkaliumgebrauch schien nur insofern zu nützen, als die allgemeinen Krampfanfälle mehrere Monate ausblieben. Im September 1882 erfolgte jedoch ein neuer *epileptischer Insult*; wiederum betheiligte sich vorzugsweise die Muskulatur der *rechten Seite*, und zwar — nach voraufgegangenem Beugekrampf der Zehe und des Fusses — in Form von tonischen Streck- und Abduktionsbewegungen des Beins, Erhebung des Arms und Beugestellung des Vorderarms, der Hand und der Finger, Neigung des Kopfes nach der linken Seite und gleichzeitig nach rückwärts. Nach zwei Wochen wiederum ein diffuser Krampfanfall, diesmal jedoch *ohne vollständige Aufhebung des Bewusstseins*. Im October 1882 wurde von dem obigen Chirurgen die *operative Dehnung des N. ischiadicus* ausgeführt. Es entwickelte sich im Gefolge derselben eine septische Phlegmone und dreimonatliche Eiterung. Da die örtlichen Krämpfe trotzdem recidivirten, so wurde im nächsten Jahre in Warschau seitens eines dortigen Chirurgen die *Resection eines (angeblich empfindlichen) Astes des N. peroneus am Fussrücken* gemacht; gleichfalls ohne Erfolg. Charcot, im Juni 1883 consultirt, diagnosticirte einen Gehirntumor, empfahl übrigens Brennungen mit dem Paquelin-'schen Thermocauter. Auch diese, sowie die verschiedensten inneren Mittel und eine im Laufe des Sommers gebrauchte Kaltwasserkur blieben absolut nutzlos. Allgemeine epileptische oder epileptoide Insulte wechselten fortwährend mit localen Anfällen; erstere durchschnittlich alle 2—6 Wochen, letztere sehr häufig, besonders zur Nacht-

zeit, ca. 6—12 mal in jeder Nacht, von $^1/_2$—1 Minute Dauer, der erste gewöhnlich schon bald nach dem Hinlegen auftretend.

Bei der Untersuchung fanden sich am rechten Bein, abgesehen von den Operationsnarben, noch zehn von Incisionen bei der oben erwähnten septischen Phlegmone herrührende, grössere und kleinere Narben an verschiedenen Abschnitten des Ober- und Unterschenkels. Diese Narben zeigten sämmtlich herabgesetzte Sensibilität. Ausserdem fand sich noch ein *deutlicher Sensibilitätsdefect* an einem unregelmässig gestalteten, kleinen, (ca. $3^1/_2$ Ctm. im Durchmesser haltenden) Hautbezirke, welcher einen Theil des Malleolus internus und die angrenzenden Partien des medialen Fussrandes umfasste und der Ausbreitung des daselbst excidirten Hautastes (ramus dorsalis pedis cutaneus int. vom N. peroneus ?) zu entsprechen schien. Im Uebrigen war die *Hautsensibilität (Drucksinn, Tastsinn, Temperatursinn, faradocutane Sensibilität) am ganzen Fusse und Unterschenkel vollständig normal.* Eine *erhöhte Druckempfindlichkeit fand sich ausschliesslich am Stamme des N. peroneus,* am inneren Biceps-Rande und am hinteren Rande des Capitulum fibulae, von hier strahlt beim tiefen Druck die excentrische Empfindung nach abwärts bis zum Malleolus ext. und zum seitlichen Theile des Fussrückens hin aus. Uebrigens war *keine Erhöhung der mechanischen und elektrischen Nervenreizbarkeit vorhanden*; *auch liessen sich durch Druck auf die Nervenstämme der Kniekehle locale Krampfanfälle nicht provociren — dagegen konnten entsprechende Anfälle (tonischer Beugekrampf der grossen Zehe, Plantarflexion des Fusses) durch Bestreichen der Fusssohle zu manchen Zeiten leicht ausgelöst werden.* Die Muskulatur des rechten Ober- und Unterschenkels zeigte im Ganzen etwas weniger Straffheit, auch eine leichte Verminderung des Volums (Umfang in der Mitte des Oberschenkels rechts 46, links 47 Ctm.; in der grössten Circumferenz der Wade rechts 35, links 36). Die Reflexe in jeder Art normal; elektrische und mechanische Muskecontractilität durchaus unverändert.

Da die verschiedensten inneren Mittel u. s. w. schon lange Zeit vergeblich gebraucht waren, so wurde zu einer wesentlich örtlichen Therapie und zwar zunächst zur Anwendung *subcutaner Atropininjectionen* (1 : 500) in der Kniekehle und im Verlaufe der Unterschenkelnerven geschritten, die in der Regel des Abends mehrere Stunden vor dem Schlafengehen ausgeführt wurden. Nach der 4. Injection wurde ausserdem eine *örtliche Anästhesirung durch Bromäthyl* vorgenommen. Statt der Atropin-Injectionen wurden weiterhin solche von *Hyoscinum hydrojod.* gemacht. Die Wirkungslosigkeit dieser Therapie ist aus den folgenden Angaben ersichtlich.

24. Juli. Nach gestriger Injection (0,5 obiger Lösung) keine Atropinsymptome. In der Nacht 4—5 locale Anfälle.

25. Juli. Gesteigerte Injection (0,6 der Lösung, = 0,0012 Atropinsulfat) am Capitulum fibulae bewirkte nur geringe Trockenheit im Halse, keine Mydriasis. (P. theilte mit, dass er schon früher Atropin innerlich bis zu 0,003 pro dosi bekommen habe, ohne dass Intoxicationserscheinungen eintraten, und behauptete gegen dieses Mittel immun zu sein „wie ein Kaninchen“). In der Nacht 6 Anfälle.

26. Juli. Nach Injection von 0,8 obiger Lösung (= 0,0016 Atropinsulfat) 3 Stunden lange Atropinwirkung: Trockenkeit, Mydriasis und Accomodationsparese. In der Nacht 4 Anfälle.

27. Juli. Ausser der Atropininjection (0,8 wie gestern) wurde unmittelbar nach dem Hinlegen am Abend eine *Irrigation der Haut der Zehen, Planta pedis und des Fussrücken mit Bromäthyl, bis zu intensiver Abkühlung und fast völliger Anästhesirung der Haut, ca. 15 Minuten lang* mittelst Richardson'schen Zerstäubers gemacht. In der Nacht trotzdem 6 Anfälle, wovon der erste 20 Minuten nach dem Aufhören der Zerstäubung.

28. Juli. Atropininjection, Spray mit Bromäthyl wie gestern. 5 Anfälle, deren erster ca. 30 Minuten nach Aussetzen des Spray eintrat.

29. Juli. Behandlung wie gestern. 5 Anfälle (der erste 1/4 Stunde nach dem Spray).

30. Juli. Injection von 1,0 der Lösung (= *0,002 Atropinsulfat*), worauf ca. 6 stündige schwache Atropinwirkung. Bromäthyl-Spray; die auf diesen folgende Anästhesirung der Haut hielt wenig über fünf Minuten an. Drei Anfälle, davon erster 1/4 Stunde nach dem Spray.

31. Juli. Injection von *Hyoscinum hydrojodicum* 1 : 500 (0,5 = 0,001 H.); fast ohne irgend merkliche Hyoscinsymptome. Bromäthylspray. 2 Anfälle, *der erste trat während des Spray auf die grosse Zehe selbst ein.*

1. August. Injection von 0,8 der obigen Hyoscinlösung (= 0,0016 H.). Hyoscinwirkung gering, nur ganz vorübergehend Trockenheit im Halse und Mydriasis. 4 Anfälle (der erste beim Einschlafen um 11, dann gegen 1, 1/2 4 und 7 Uhr).

2. August. Wieder Injection von 0,8 der Hyoscinlösung; diesmal rasch vorübergehende Obnubilation des Bewusstseins, Pupillenerweiterung mit träger Reaction auf Lichtreiz, keine Accommodationsparese. Im Laufe der Nacht wieder 4 Anfälle; der erste bei noch deutlich anhaltender Hyoscinwirkung.

3. August. Aussetzen der Injectionen, und Heftpflastereinwickelung der ganzen Zehe. Während der Nacht 6 Anfälle.

4. August. Ebenso. In der Nacht 5 Anfälle.

Bei der offenbaren Unwirksamkeit der bisherigen medicamentösen Localtherapie wurde diese ausgesetzt und eine Zeit lang *innerlich Sol. Fowleri* verabreicht; ausserdem dreimal wöchentlich *galvanische monopolare Bäder* (*Kathodenbäder*; 5—6 M. Amp.). — Während dieser Behandlung erfolgte am 14. August ein grösserer *epileptischer Anfall*, wiederum mit localem Krampf eingeleitet, worauf ziehende Empfindungen, bis zur Hüfte aufwärts, beschleunigte Respiration, tonischer Krampf im rechten Arm mit Erhebung desselben, Beugung und Adduction, Krampf im linken Arm und dann erst völlige Bewusstlosigkeit folgten; letztere nur von wenigen Minuten Dauer. Nach diesem Anfalle war eine partielle Frequenzverminderung der nächtlichen Localkrämpfe (2—3, gegen vorher 5—6) für einige Zeit bemerkbar. In der Nacht vom 22. Juli, 23. August ein vorwiegend *rechtsseitiger epileptoider Anfall* (mit nicht völlig aufgehobenem Bewusstsein) und zwei locale Anfälle.

Vom 25. August ab wurde ein Versuch mit *subcutanen Curare-Injectionen* gemacht; das Curare, von vorzüglicher Qualität, erhielt

ich durch die Freundlichkeit des Herrn Prof. Liebreich aus dem hiesigen pharmokologischen Institute. Von einer wässerig-glycerinigen Lösung 1 : 100 wurde 0,5 bis 1,0 pro dosi in die Musculatur des Fusses und des Unterschenkels (an der Beugeseite) oder auf die Nervenstämme der Kniekehle abwechselnd zweimal täglich eingespritzt. Der Erfolg war auch hier, trotz Anwendung nicht unerheblicher Curaremengen, gleich null; wie aus dem Folgenden hervorgeht.

25. August. Injection von 0,5 der Lösung Vormittags und ebensoviel Abends. In der Nacht 3 Anfälle (der erste 1/4 Stunde nach dem Einschlafen, der zweite 3/4 Stunde später, der dritte gegen 1/2 7 Uhr Morgens).

26. August. Injectionen wie gestern. In der Nacht 5 Anfälle.

27. August. Injectionen ebenso. In der Nacht 4 Anfälle.

28. August. Injection von 0,6 am Abend. In der Nacht 5 Anfälle.

29. August. Injection von 0,8 am Abend. In der Nacht 5 Anfälle.

30. August. Injection von 1,0 am Abend. Zahl der Anfälle dieselbe.

31. August. Ebenso.

1. September. Aussetzen der Injectionen, welche zuletzt mit ziemlich erheblicher localer Schmerzhaftigkeit verbunden gewesen waren. In der darauffolgenden Nacht 4 Anfälle.

Bald darauf reiste der Kranke, bei welchem somit irgend welche wesentliche Veränderung des Zustandes während der sechswöchentlichen Beobachtung nicht zu constatiren war, in seine Heimath.

Allgemein pflegt man wohl Fälle, wie den hier mitgetheilten, in welchem aus ursprünglich rein local bedingten spastischen Neurosen heraus sich successiv, auf dem Wege der Reflexirradiation fortschreitend, diffuse Convulsionen und epileptoide oder ausgesprochen epileptische Anfälle entwickeln, unter den Begriff der *Reflex-Epilepsie* zu subsumiren. Es scheint, als ob in solchen Fällen anfangs eine rein partielle, auf eng umschriebene Gebiete begrenzte excessive motorische Excitabilität („Convulsibilität") vorhanden sei, aus welcher dann erst auf Grund noch völlig unbekannter pathogenetischer Bedingungen bei wiederholter und häufig wiederkehrender Reizung eine stufenweise Erhöhung der Convulsibilität in subcorticalen motorischen Centren (Pons, Medulla oblongata) und in der Gehirnrinde allmählig hervorgeht.

Der primär an der grossen Zehe und an den Beugemuskeln beginnende, sich nach aufwärts verbreitende Krampf konnte auch den Gedanken an *Tetanie* erwecken. Allein, abgesehen von dem Beschränktbleiben auf eine Körperseite, der fehlenden mechanischen und electrischen Hyperexcitabilität der Nervenstämme, dem Mangel des Trousseau'schen Symptoms, des Facialis-Phänomens u. s. w. stand einer derartigen Auffassung insbesondere die ausserordentliche Hartnäckigkeit der Affection, die völlige Erfolglosigkeit jeder operativen und medicamentösen, localen und allgemeinen Behandlung, sowie endlich die Combination mit Anfällen von epileptoidem und typisch epileptischem Character entgegen. Dass jedoch in dieser Beziehung Uebergangsformen vorkommen können, lehrt der folgende von mir kürzlich beo-

bachtete Fall von fast analoger einseitiger spastischer Neurose der Zehen- und Fussbeugemuskeln, wobei trotz fast zweijährigen Bestehens die Tendenz zu reflectorischer Iradiation und Mitbetheiligung der centralen Nervenapparate bisher anscheinend gänzlich fehlte, oder doch nur in leichtester Andeutung sich offenbarte.

Es handelte sich um einen 43 jährigen Gastwirth von ausserhalb ohne nervöse Disposition; weder Alkoholismus noch Lues; überhaupt keine nachweisbare ätiologische Noxe. Der Mann litt seit mehr als anderthalb Jahren an anfallsweise auftretenden Spasmen im linken Bein, welche mit tonischer Dorsalflexion der grossen Zehe und mit Beugung der sämmtlichen übrigen Fusszehen einsetzten, im weiteren Verlaufe auch nicht selten die Wadenmusculatur mitbetheiligten, so dass dieselbe ganz prall und hart wurde und das schmerzhafte Gefühl des Wadenkrampfes hervorbrachte. Diese Spasmen traten besonders während des Gehens (meist erst nach längerem Gehen) ein- bis mehrmals täglich auf; sie dauerten höchstens 3—5 Minuten, gewöhnlich noch kürzer. Nur ausnahmsweise griff der Krampf auf die Musculatur des Oberschenkels (Beugemuskeln) über, wodurch das Bein im Kniegelenk vollkommen steif und jede weitere Locomotion für die Dauer des Krampfes unmöglich wurde. Auch klagte der Kranke über ein neuerdings hinzutretendes Gefühl schmerzhafter Spannung im rechten Fusse, besonders an der Dorsalseite, woselbst jedoch Krampferscheinungen bisher nicht bemerkbar waren. Druck auf den N. tibialis in der Kniekehle sowie oberhalb des Malleolus internus war linkerseits empfindlich; irgend welche auf Tetanie deutende Symptome waren dagegen nicht zu ermitteln, überhaupt waren anderweitige Innervationsstörungen nicht vorhanden. Morphium-Atropininjectionen local (am N. tibialis) und Galvanisation bewirkten vorübergehend ein Verschwinden des Krampfes.

II.

Ueber einige ungewöhnliche Fälle von Bleilähmung.

Von Dr. P. J. MÖBIUS in Leipzig.

Im vergangenen Jahre habe ich in der hiesigen Universitäts-Poliklinik die folgenden Beobachtungen gemacht.

I. Qu., ein 26 jähr. kräftiger Mann, war früher immer gesund gewesen. Er hatte die Beschäftigung eines Feilenhauers mit dem 14. J. begonnen, hatte vom 20.—23. Jahre im Heere gedient und seit ca. 2 Jahren die Feilenhauerei wieder ausgeübt. Kolik und Verstopfung waren nie aufgetreten, aber seit 7—8 W. hatte Qu. mit der linken Hand den Meissel nicht mehr recht festhalten können, seit 4 W. war auch die rechte Hand schwach geworden, seit ca. 10 T. war der Kr. vollkommen ausser Stande seine Arbeit auszuführen. Schmerzen oder Parästhesien hatten nie bestanden.

Die Untersuchung ergab: grosse Blässe der Haut und der Schleimhäute, intensiven Bleirand am Zahnfleische, eiweissfreien Urin, leichte Schwäche der rechten Hand ohne eigentliche Lähmung und bei durch-

aus guter Motilität aller übrigen Muskeln der linken oberen Extremität Parese des linken Daumens. Letztere verhielt sich folgendermaassen. Wenn die Finger im Metacarpalgelenke gebeugt, in den Phalangealgelenken gestreckt waren, erreichte der Daumen mit Anstrengung die Spitze des 2. u. 3. Fingers, die des 4. u. 5. nicht. Liess man bei gewöhnlicher Stellung der Hand den Daumen opponiren, so geschah dies anscheinend normal, aber man konnte den Daumen ohne wesentlichen Widerstand passiv zurück führen, während der opponirte rechte Daumen den Kräften des Untersuchers widerstand. Der Daumen konnte zwar dem Metacarpusknochen des Zeigefinges angelegt werden, doch geschah dies kraftlos und es gelang dem Untersucher leicht,, seinen zwischen Zeigefinger und Daumen des Kranken gelegten Finger wider den Willen des Kranken herauszuziehen. Nach dieser Functionsprüfung musste man annehmen, dass vorwiegend die medialen Bündel der kurzen Daumenmukeln, d. h. der Flexor brevis int. und der Adductor erkrankt seien. Damit stimmte, dass die innere Hälfte des Daumenballens etwas eingesunken erschien und sich abnorm weich anfühlte. Die faradische und galvanische Reizung des linken N. ulnaris am Handgelenke bewirkte normale Contractionen aller Ulnarismuskeln, nur fehlte die Adductionsbewegung des Daumens. Bei Reizung des N. medianus am Handgelenke begann die Contraction der Daumenballenmuskeln rechts und links bei gleicher Stromstärke (175, bez. 180 mm. Rollenabstand, 3 Milli-Daniell), bei stärkeren Strömen wurde rechts Prallheit des ganzen Thenar und eine kräftige Opposition mit Beugung im 1., Streckung im 2. Daumengelenke erzielt, links blieb diese Bewegung unvollständig und man fühlte nur die äusseren Bündel des Thenar prall werden. Setzte man die differente Elektrode des galvanischen Stromes direct auf das Thenar, so bewirkte rechst KaS bei 5 M-D. eine rasche Zuckung, AnS bei 6 M.-D, links erhielt man durch AnS schon bei 2 M-D. eine ausgiebige, aber sehr träge und kraftlose Contraction anscheinend des ganzen Thenar, welche den Metacarpusknochen des Daumens beugte und der Hohlhand näherte, Ka Sz trat bei 6 M.-D. ein, An STe bei 7 M.-D. Immer sah man am linken Thenar bei directer Reizung nur die träge Zuckung, eine Doppelzuckung wurde nicht bemerkt. Man kann demnach schliessen, dass in den schwerer erkrankten Thenarbündeln und im Adductor complete Entartungsreaction bestand, dass partielle Entartungsreaction wahrscheinlich auch die übrigen Bündel des Thenar zeigten. Vom Daumen abgesehen erwiesen sich sämmtliche Muskeln der linken oberen Extremität ebenso wie die der rechten bei elektrischer Reizung als vollkommen normal. Insbesondere war die elektrische Erregbarkeit der langen Finger- und der Handstrecker beiderseits durchaus intact. Sensibilitätsstörung liess sich nirgends nachweisen.

Aus der weiteren Beobachtung ist zunächst hervorzuheben, dass die anfängliche Schwäche der rechten Hand sich schon nach wenigen Tagen verlor. Die atrophische Lähmung des linken Daumens nahm den gewöhnlichen Verlauf. 5 Monate nach Beginn der elektrischen Behandlung konnte der Kranke Gartenarbeit verrichten ohne durch seinen

Daumen gestört zu werden, nur bei Kälte empfand er noch die Schwäche des letzteren. Die Atrophie war nur noch angedeutet, die Oppositionsbewegungen waren kräftig und ausgiebig, die Funktion des Adductor poll. dagegen war noch deutlich herabgesetzt. Bei directer galvan. Reizung waren die Contractionen der linken Daumenballenmuskeln noch deutlich träge und An SZ > Ka SZ. Der Patient, welcher ein blühendes Aussehen erlangt hatte, entzog sich dann einer ferneren Behandlung, da er mit dem Zustande seiner Hand vollkommen zufrieden war.

II. Der 25 jähr. F. war früher immer gesund gewesen, hatte im 15. J. das Gewerbe eines Feilenhauers erlernt, war mit dem 20. J. in das Heer eingetreten und hatte seit ca. 1 J. die Feilenhauerthätigkeit, wieder aufgenommen. Seit $^1/_2$ J. hat er dreimal Anfälle heftiger Leibschmerzen mit Verstopfung gehabt. Seit 8 Wochen bemerkte er Schwäche des linken Daumens, seit 4 W. deutlichen Schwund des Daumenballens. In den letzten Wochen konnte er den Meissel nur dadurch halten, dass er den Daumen durch einen Riemen gegen die anderen Finger drückte. Seit 8—10 Tagen ging es gar nicht mehr.

Der hochgewachsene blasse Mensch zeigte einen ganz geringen grauen Saum am Zahnfleische. Der Urin war eiweissfrei. Bei Prüfung der Motilität zeigte sich rechts mässige Schwäche des Deltoideus, der Vorderarmbeuger und der kleinen Handmuskeln, links an Lähmung grenzende Schwäche des Adductor poll. und des Inteross. I., etwas geringere Parese der den Daumen opponirenden Muskeln. Der Daumen konnte keine der Spitzen der anderen Finger erreichen und wurde aus der Oppositionsstellung durch fremde Kraft ohne jede Anstrengung zurückgeführt, der Kr. war unfähig, einen Gegenstand zwischen Daumen und Zeigefinger festzuhalten. Deutlich atrophisch waren links der Inteross. I. und die innere Hälfte des Daumenballens, schlaff und mässig abgeflacht war auch die äussere Hälfte des letzteren. Rechts war Atrophie nicht nachzuweisen. Bei faradischer und galvanischer Reizung des linken N. ulnaris am Handgelenke war keine Contraction des Inteross. I. und des Adductor poll. wahrzunehmen, die übrigen Ulnarismuskeln reagirten normal. Bei Reizung des linken N. medianus sah man nur in der äusseren Hälfte des Daumenballens Contraction, die Oppositionsbewegung trat erst bei stärkeren Strömen ein und war kraftlos. Bei directer faradischer Reizung keine Contraction im Inteross. I., im Adductor poll. und der inneren Hälfte der Daumenballenmuskeln, schwache und anscheinend träge Contraction des Abductor brev. und Opponens poll. Bei directer galvanischer Reizung in allen kurzen Daumenmuskeln und im Inteross. I. erst durch stärkere Ströme schwache träge Zuckung, An SZ > Ka SZ, keine Oeffnungszuckungen. Die rechten Handmuskeln reagirten normal, nur war bei directer galvan. Reizung die Contraction des Abductor poll. brevis etwas langsam und An SZ = Ka SZ. Die Deltoidei, die Oberarm- und Vorderarmmuskeln reagirten sämmtlich beiderseits normal. Sensibilitätsstörung war nirgends nachzuweisen.

Schon in den ersten Wochen der Behandlung verloren sich die

Schwäche des rechten Armes und der Bleisaum am Zahnfleische gänzlich. Die Lähmung an der linken Hand blieb natürlich zunächst unverändert, doch beginnt zur Zeit die Motilität der paretischen Muskeln sich zu bessern. Der Kr. ist noch in Behandlung.

III. Der Kr. Qu. erinnerte sich eines Mitarbeiters, welcher in ähnlicher Weise wie er früher erkrankt gewesen sei, und führte den Mann zu mir. Derselbe, etwa 30 Jahre alt, erzählte, er sei 1874 erkrankt an allgemeiner Schwäche, Kolik und Lähmung beider Hände. Letztere schilderte er charakteristisch als Extensorenlähmung. Auch der linke Daumen sei erkrankt gewesen, er habe den Meissel zwischen Daumen und Zeigefinger „nicht recht gefühlt“ und habe ihn nach wenigen Hammerschlägen loslassen müssen. Die Muskeln an der Streckseite der Vorderarme und am linken Daumen seien geschwunden gewesen. Nachdem die Heilung nach etwa 1/2 Jahre eingetreten, habe er das Feilenhauerhandwerk von Neuem aufgenommen und sei von Neuem erkrankt. Er wurde dann Handelsmann und blieb gesund. Zur Zeit war an Händen und Armen nichts Krankhaftes zu bemerken. Die Kraft der Muskeln und die elektrische Erregbarkeit waren vollständig normal. —

Es ist zwar seit längerer Zeit bekannt, dass Lähmungen mit Atrophie bei Feilenhauern vorkommen, aber von Einzelbeobachtungen scheinen wenige veröffentlicht worden zu sein. Bei einer (flüchtigen) Durchsicht der Literatur bin ich nur auf einige mehr gelegentliche Notizen gestossen. Am bemerkenswerthesten erscheint eine Beobachtung E. Remak's. Derselbe (Archiv f. Psychiatrie etc. IX. p. 568) erzählt von einer veralteten Lähmung bei einem 46 j. Feilenhauer. Rechts waren die Extensoren der Basalphalangen und des Handgelenkes, der Abductor poll. brevis und der Inteross. I. gelähmt, links nur sämmtliche Daumenballenmuskeln und der Inteross. I. Links schien die Haut dem Metacarpus I. unmittelbar aufzuliegen und nicht nur der Abductor brev. sondern auch der Opponens auf's äusserste abgemagert zu sein, während die Faserzüge des Adductor poll. abnorm deutlich sichtbar waren. Die Spitze des Daumens konnte nur dadurch an diejenigen der folgenden Finger gebracht werden, dass alle Phalangealgelenke stark gebeugt wurden. Eine echte Opposition des Daumens war ganz unmöglich, die Adduction war schwach. Der Medianus am Handgelenke war elektrisch unerregbar, bei Reizung des Ulnaris contrahirte sich auch der Adductor poll.

Ein Besuch der Fabrik, in welcher meine Kranken gearbeitet hatten, ergab folgendes. Die Fabrik besteht seit ca 15 Jahren und beschäftigt immer 10—15 Feilenhauer. Während dieser Zeit sind nur die 3 mir bekannten Fälle von Lähmung vorgekommen. Die gegenwärtigen Arbeiter sind zum Theil Leute, welche seit 20, 30 und mehr Jahren in ihrem Gewerbe thätig sind. Sie geben an, dass, wenn überhaupt, Kolik und Lähmung verhältnissmässig frühzeitig, in den 20er Jahren auftreten und dass die vorwiegende Erkrankung des linken Daumens eine allen alten Feilenhauern bekannte Thatsache sei. Die einzige Arbeit der Feilenhauer besteht darin, dass der sitzende Arbeiter die

auf dem Amboss liegende Feile hämmert, indem er mit einem in der Rechten gehaltenen Hammer auf einen Meissel schlägt, den die Linke zwischen dem Daumen und den übrigen Fingern hält. Der Meissel ist ein dreieckiges plattes Eisenstück, dessen längste Seite zugeschärft ist, während die gegenüberliegende Ecke abgestumpft ist und einen nur 1—2 cm. langen rundlichen Zapfen trägt. Er wird fast ausschliesslich mit den Spitzen der im Metacarpalgelenk gebeugten, in den Phalangealgelenken gestreckten Finger gehalten. Einzelne Arbeiter sollen ihn zwischen dem 1. Daumenglied und dem Metacarpus des Zeigefingers halten, was jedoch als besonders anstrengend bezeichnet wurde. Der Hammer stellt einen schweren Eisenblock mit kurzem Stiele dar. Sobald die eine Seite der Feile bearbeitet ist, wird diese gewendet und zwischen die fertige Seite und den Amboss wird ein Bleiblock oder eine Bleiplatte gelegt.*)

Dass es sich bei den Lähmungen der Feilenhauer um Bleilähmung handelt, erscheint mir als sehr wahrscheinlich. Die langjährige Berührung mit Blei, die anderen Zeichen der Bleivergiftung (Anämie und Zahnfleischrand bei I, Anämie und Kolik bei II, Anämie, Bleisaum und Kolik bei Remak's Kranken), die Heilung oder Besserung nach Aufgabe des Feilenhauergewerbes, das Vorhandensein einer typischen Extensorenlähmung in Remak's Falle, das Verhalten der elektrischen Erregbarkeit sprechen für die saturnine Natur der Lähmung. Es könnte etwa noch beginnende spinale progressive Muskelatrophie in Frage kommen, gegen diese sprechen das Fehlen fibrillärer Zuckungen, das Vorhandensein completer Entartungsreaction, z. Th. auch die Localisation, am meisten aber der Verlauf. Eine traumatische oder neuritische Schädigung anderer Art der betroffenen Nervenfasern anzunehmen, dazu liegt gar kein Grund vor. Wohl aber könnte jemand behaupten, die vorwiegende Anstrengung bestimmter Muskeln reiche aus, um Degeneration ihrer Fasern und der dazu gehörenden Nervenelemente zu bewirken, die Lähmung des linken Daumens bei Feilenhauern erkläre sich durch die Ueberanstrengung desselben, man habe nicht nöthig, auf die, offenbar gewöhnlich leichte, Bleivergiftung zu recurriren. Abgesehen davon, dass es gezwungen erscheint, eine Lähmung, welche bei einem Bleiarbeiter auftritt, blos wegen der ungewöhnlichen Localisation für nicht saturniner Art zu erklären, müsste man erwidern, dass nach unseren bisherigen Erfahrungen die Entstehung einer Lähmung mit degenerativer Atrophie durch Ueberanstrengung allein nicht nur nicht bewiesen, sondern sehr unwahrscheinlich ist.

---

*) Nach Hirt wird in den englischen Feilenfabriken mit Zinn vermischtes pulverisirtes Blei auf den Amboss gestreut, ein Verfahren, welches in Deutschland nicht üblich zu sein scheint. H. erwähnt, dass J. Ch. Hall die Bleivergiftung der Feilenhauer als the Sheffield file-cutters disease beschreibt,' dass etwas Näheres aber nicht bekannt sei. Letzteres bestätigte mir H. auf schriftliche Anfrage auch für die neuere Zeit.

Die Differenzen zwischen den beiden von mir genauer beschriebenen Fällen und dem Falle Remak's (Fall I: Lähmung nur des Adductor und Flexor brevis, Fall II: Lähmung des Inteross. I. und der kurzen Daumenmuskeln, vorwiegend des Adductor und Flexor brevis, Fall Remak's: Lähmung des Inteross. I und sämmtlicher Daumenballenmuskeln bei bloser Parese des Adductor) kann man auf individuelle Verschiedenheiten theils in der Haltung des Meissels, theils in der angeborenen Anlage der Muskulatur beziehen. Auf jeden Fall ändern sie an der Thatsache nichts, dass bei Feilenhauern vorwiegend oder ausschliesslich die Muskeln des linken Daumens erkranken. Dadurch treten diese Feilenhauerlähmungen in Gegensatz zu der gewöhnlichen Form der Bleilähmung, denn wenn auch bei schwereren Fällen der letzteren Lähmungen der kurzen Daumenmuskeln und der Interossei gar nicht selten vorkommen, so geschieht dies doch nur nachdem die langen Strecker der Finger und die der Hand erkrankt sind. Das primäre Erkranken der Daumenmuskeln bei Feilenhauern lässt sich nur auf die in ganz ungewöhnlicher Weise stattfindende einseitige Ueberanstrengung dieser Muskeln beziehen, wie dies auch Remak gethan hat. Fasst man die Feilenhauerlähmung als Bleilähmung auf, so ist an einem sehr eclatanten Beispiele dargethan, dass die Localisation der toxischen Lähmung in bestimmten Muskelgruppen durch die Function der letzteren bedingt werden kann. Schon M. Meyer hat für die Bleilähmung darauf hingewiesen, dass die am meisten angestrengten oder die durch anderweite Krankheit am wenigsten widerstandsfähigen Muskeln am meisten zu leiden scheinen, da die Lähmung gewöhnlich rechts stärker ist als links, bei Linkshändigen es sich umgekehrt verhält, da er bei einem Anstreicher, der in Folge von Kyphose an Schwäche der Beine litt, die Lähmung vorwaltend in den Mm. peronaeis und den Zehenstreckern ausgebildet fand.

Remak hat dann das vorwiegende Erkranken der linken Seite bei Linkshändern bestätigt.

Es drängt sich die Erwägung auf, ob etwa der gewöhnliche Typus der Bleilähmung sich dadurch erklären lasse, dass *im Durchschnitte* die Strecker der Finger und der Hand die am meisten angestrengten Muskeln sind, ob es als allgemeines Princip gelten könne, dass bei Bleilähmungen oder bei Lähmungen in Folge chronischer Vergiftung überhaupt die am meisten angestrengten Muskeln zuerst erkranken. Eine sichere Beantwortung dieser Frage würde nur möglich sein, wenn wir wüssten, welche Muskeln im gewöhnlichen Leben d. h. bei der Mehrzahl der Handtierungen am meisten angestrengt werden. Die Anstrengung eines Muskels ist offenbar ausgedrückt durch das Verhältniss der Leistung zur Kraft. Wenn auch ein Maass der Leistung schwer zu finden sein dürfte, so würde sich doch vielleicht eine Schätzung derselben für eine Reihe von Thätigkeiten durchführen lassen. Zunächst aber müsste die Kraft der einzelnen Muskeln bestimmt werden. Diese Aufgabe ist, soviel mir bekannt, für die Muskeln des menschlichen Vorderarmes noch nicht durchgeführt.

Der naheliegende Einwand, dass doch andere toxische Läh-

mungen sich anders verhalten als die Bleilähmung, ist nicht ohne weiteres durchschlagend. Es giebt nicht allzuviel Gifte, die hauptsächlich atrophische Lähmungen verursachen und wohl keins, das in so langsamer Weise wie das Blei wirkte. Findet aber ein rascher Einbruch des Giftes statt, so wird ein Bild entstehen ähnlich wie bei generalisirter Bleilähmung. In dieser Hinsicht scheint mir die Angabe Seeligmüller's beachtenswerth, dass bei Arseniklähmungen die Beugemuskeln entschieden weniger leiden als die Streckmuskeln. Immerhin ist anzuerkennen, dass jener Einwand von Gewicht ist und dass zu ihm sich vielleicht noch andere hinzufügen lassen. Aber auch dann, wenn angenommen wird, dass noch Umstände, die uns bis jetzt entgehen, zu berücksichtigen sind, dürfte die Hypothese, dass *in der Hauptsache* die Localisation toxischer Lähmungen von der Funktion der Muskeln abhängt, bis auf Weiteres nicht zu widerlegen sein. Beobachtungen wie die an den Feilenhauern gemachten sprechen entschieden zu ihren Gunsten. Sie würde auch da, wo eine Vorderhornerkrankung nicht anzunehmen ist, erklären, warum Gruppen functionell verbundener Muskeln erkranken. Ohne sie wird da, wo es sich um Vorderhornerkrankungen handelt, nicht verständlich, warum gerade diese oder jene Zellengruppe ergriffen wird.

Die Frage, welcher Abschnitt der motorischen Bahn bei der Bleilähmung zuerst erkrankt, ist neuerdings wieder von Fr. Schultze, dessen Ausführungen ich durchaus beistimme, erörtert worden. Da ich über anatomische Untersuchungen nicht verfüge, glaube ich nicht auf sie eingehen zu sollen und möchte mir nur die Bemerkung erlauben, dass bei der gewöhnlichen Bleilähmung die klinische Beobachtung allein deshalb mit ziemlicher Sicherheit auf die extraspinale Natur der Läsion zu schliessen gestattet, weil die Bleilähmung vollständig heilt. Da complete Lähmung mit completer Entartungsreaction bestand, muss die motorische Bahn zerstört gewesen sein. Dass aber eine Regeneration intraspinaler Fasern oder Zellen nicht existirt, ist hinlänglich festgestellt.

II. Original-Vereinsberichte.

I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 14. Dezember 1885.

1) Oppenheim: *Beiträge zur Kenntniss der multiplen degenerativen Neuritis.* (Vergl. Seite 524 im vorigen Jahrgang.)

Vortrag. bemerkt zu dem mitgetheilten Falle, der Befund im Rückenmark rühre nicht her von einem älteren Prozesse, wie einige meinten. Für letztere Auffassung spreche vielmehr nichts in der Anamnese und der Entwicklung des Leidens. Die Bezeichnung „multiple Neuritis“ sei für seinen Fall eine zu enge, da ausser den Nerven auch das Rückenmark bstroffen sei. Im psychischen Zustande des Kranken sei Apathie, Interesselosigkeit und Gedächtnissschwäche hervorgetreten.

Die Hirnwindungen seien atrophisch, die Furchen breit gewesen Ob Alkoholismus vorhanden gewesen, habe er nicht eruiren können.

Die Aetiologie der multiplen degenerativen Neuritis betreffend war in fünf Beobachtungen des Vortrag. Alkoholismus vorhanden. Die betreffenden Potatoren schuldigten eine Erkältung an, welches Moment nach Ansicht des Vortrag. in der That eine wichtige Rolle zu spielen scheint. Bei einigen Kranken bestanden schon früher ähnliche Erscheinungen, Schmerzen und Paresen. Sie verschwanden, kehrten aber später wieder. In allen Fällen waren die Unterextremitäten betroffen, besonders die Strecker, es bestanden daselbst Schwäche und Unsicherheit, zuweilen auch an Ataxie erinnernde Erscheinungen. Zwischen letzteren und den Motilitätsstörungen fanden sich keine Beziehungen. Von elektrischen Veränderungen war die incomplete Entartungsreaktion am häufigsten. Bei einem Patienten bestand einseitige Steigerung der faradischen Erregbarkeit, während die galvanische Erregung träge war. Diese Abnormitäten verschwanden wieder mit der Besserung. Das Kniephänomen verschwand kürzere oder längere Zeit. Sensibilitätsstörungen waren häufig: Abstumpfung der taktilen Sensibilität, Verlangsamung der Empfindung. Das Lagegefühl war besonders im Fussgelenk und den kleinen Gelenken gestört. Von Hirnnerven waren besonders die Augenmuskelnerven betheiligt. Es kam vor Doppeltsehen, Abducenslähmung, träge Reaktion der Pupillen, einmal einseitige reflektorische Pupillenstarre, zuweilen Nystagmus. Von Seiten des Herzens wurde beobachtet: Pulsbeschleunigung und Irregularität, einmal auch Verlangsamung. Ob Betheiligung des Vagus oder Alkoholwirkung ist nicht sicher zu entscheiden.

In der *Discussion* theilt Siemerling einen Fall von *Alkoholneuritis* mit. Die 34 jährige Arbeiterin, Potatrix strenua, war bei der Aufnahme leicht erregt, konnte nur mit Unterstützung gehen, indem eine Parese der Unterextremitäten bestand. Das Kniephänomen fehlte und es bestand kutane Hyperästhesie der Beine. Tod am siebten Tage. Sektion: Lungenödem, Zeichen des chronischen Alkoholismus in verschiedenen Organen. Im Rückenmark war makroskopisch und mikroskopisch nichts auffallendes. In den Beinnervenstämmen zeigte sich ein Schwund der Fasern und Kernvermehrung, in den feinen Muskelästen waren diese Veränderungen *viel* bedeutender. In den Muskeln war eine Kernvermehrung zu constatiren. Der Process der Neuritis scheint desshalb an den peripherischen Nerven zuerst zu beginnen.

Bernhardt hält die Läsion im Rückenmark für eine alte, gestützt auf den Befund in einem Falle von Kinderlähmung, der in dem frischen Herde als charakteristisch Blutextravasate nachwies, und macht auf die häufige Coincidenz von Neuritis und Tuberculose aufmerksam, die analogen Verhältnisse bei Beri-Beri berührend. Er fragt schliesslich, wie die Pulsverlangsamung bei der Vagusaffection zu erklären sei.

Remak betont die Schwierigkeit der Unterscheidung der Neuritis von der Tabes. Fast alle Symptome fänden sich bei beiden gemeinsam. Differentialdiagnostisch wichtig sei die Prüfung der elek-

trischen Erregbarkeit, die bei Tabes keine Veränderung zeige. Man müsse auch auf geringere Grade der Entartungsreaktion achten. Er fragt ferner nach dem Verhalten der Sehnenphänomene zu der Entartungsreaktion in den Fällen des Vortragenden.

Moeli macht für die Differentialdiagnose auf die Methode der Untersuchung der Sehnenphänomene von Jendrassik aufmerksam. Bei Alkoholisten kehre das Kniephänomen alsdann wieder zurück, bei Tabes dagegen nicht.

Oppenheim glaubt aus dem einzigen von Bernhardt angeführten Befund bei einem frischen Herd im Rückenmark für seinen Fall noch keinen Schluss ziehen zu dürfen. Im Gebiete des Vagus können ferner bei Betheiligung desselben jedenfals auch Reizungserscheinungen (Pulsverlangsamung) auftreten, wenn nicht vielleicht eine direkte Wirkung des Alkohols auf das Herz vorhanden ist. Das Verhalten der Sehnenphänomene zur Entartungsreaktion stimmt in seinen Fällen mit dem von Remak gefundenen überein.

2) **Thomsen**: *Vorstellung eines Falles von stationärer, gemischter Anästhesie.*

Es handelt sich um einen 33jährigen Mann, der verwirrt und ängstlich im Oktober zur Aufnahme kam, später tobsüchtig wurde, um sich biss, Gestalten sah, sagte, er hätte seine Braut ermordet, und der weiterhin sich mehr stuporös verhielt, wobei er meinte, er würde verfolgt. Zeichen von Epilepsie oder Alkoholismus waren bei der Aufnahme nicht vorhanden. Bemerkenswerth war eine Anästhesie der Haut des Gesichtes, des Halses und der Hände. Die Farben wurden falsch bezeichnet. Die Anästhesie ist bis jetzt stationär geblieben und betrifft den Kopf, Gesicht, Hals, obere Brust, Hände und Füsse bis zur Hälfte des Vorderarms resp. Unterschenkels. Alle Qualitäten der Hautempfindung fehlen daselbst. Das Gesichtsfeld ist concentrisch eingeengt, Farben werden falsch bezeichnet. Geruch, Geschmack fehlen fast ganz. In Betreff des Gehöres ist die Luftleitung gut, während die Knochenleitung fehlt. Die Schleimhäute des Mundes, der Nase und Augen nehmen an der Anästhesie Theil. Die Anästhesie ist also eine stationäre, gemischte (sensible und sensorische Gebiete betreffend). Psychisch besteht ein mittlerer Grad von Demenz, interkurrent leichte Angstzustände, Hallucination und Verwirrtheit. In Bezug auf die Aetiologie des Falles bemerkt Vortrag., dass ein epileptisches Moment sich nicht ergeben habe, wohl aber sei eine Kopfverletzung durch ein Bierseidel im Jahre 1885 dem Manne zugefügt worden. Der Schlag habe den Hinterkopf betroffen, es sei eine mehrstündige Bewusstlosigkeit eingetreten und später Knochensplitter entfernt worden. Seit dieser Zeit spürte Patient nichts mehr in der Nase, dem Mund u. a. Kopf, hatte öfter Kopfschmerzen u. plötzliche Temperatursteigerungen. Vortr. fügt indess noch bei, dass Pat. schon vor der Verletzung und auch nach derselben sehr viel Nordhäuser getrunken habe. Die Aetiologie des Falles sei demnach nicht ganz klar zu stellen. Otto (Dalldorf).

II. K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 4. Dezember 1885.

3) Prof. **Rosenthal:** *1. Demonstrationen.*

Prof. Rosenthal stellt zwei Fälle aus seinem Ambulatorium vor. Der erste Fall betrifft einen Patienten, der vor fünf Jahren ein Ulcus glandis hatte, ohne dass sekundäre Symptome nachweisbar gewesen wären. Durch volle zwei Jahre war Patient vollkommen gesund, nach dieser Zeit stellte sich Abnahme der Sehkraft am rechten Auge ein, es trat Diplopie auf, später Ptosis, vollständige Lähmung der Akkomodation des Sphincter iridis, des Rectus internus und inferior, links Ptosis, leichte Erweiterung der Pupille und Abducenslähmung. So bestanden die Erscheinungen ein volles Jahr, trotz aller möglichen Kuren (antisyphilitische, kombinirte galvanische Behandlung). Nach dieser Zeit trat eine Anästhesie im ganzen Gebiete des rechten Trigeminus hinzu. Es war also hier offenbar eine Läsion, die vom Boden des dritten Ventrikels ausgegangen war und auf den Boden des vierten Ventrikels übergegriffen hat. Man hätte nun erwarten sollen, dass bei weiterer Diffusion des Prozesses, derselbe auf die Medulla oblongata übergreifen werde. Dies traf aber merkwürdiger Weise in diesem Falle nicht zu, sondern der Prozess griff auf die Vorderhörner über und erzeugte eine progressive Muskelatrophie am rechten Arm. Der Patient bekam eine Schwäche in der Hand, der Interosseus primus wurde gelähmt und atrophisch, ebenso der Thenar, die faradische Erregbarkeit war herabgesetzt, die Schulterhaltung wurde eine inkorrekte, überdies traten noch andere spinale Symptome auf, wie Sinken der Sehnenreflexe und Impotentia coeundi. Es ist dies also eine höchst seltene *Komplication von nucleärer Augenmuskellähmung mit progressiver Muskelatrophie*

Der *zweite* Fall betraf einen 22jährigen, äusserst kräftigen und muskulösen Metzger, der mit einer rechtsseitigen *Lähmung des Serratus* behaftet war. Diese Lähmung ist dadurch kenntlich, dass die Skapula während der Ruhe mit ihrem Angulus von der Brustwand absteht und der innere Rand sich flügelförmig abhebt, ferner, dass bei Bewegung des Armes nach vorne eine tiefe Grube entsteht, in die man die ganze Faust hineinlegen kann. Es liegt nichts vor, was für eine progressive Muskelatrophie sprechen würde, alle übrigen Muskeln reagiren und funktioniren sehr gut. Es ist daher diese isolirte Lähmung des Serratus auf eine Ueberanstrengung zurückzuführen. In der That gibt Patient an, in der letzten Zeit viel getragen und gehackt zu haben. Durch Galvanisation des N. thoracicus longus und örtliche Faradisation der Serratuszacken trat eine auffallende Besserung ein.

2. *Ueber neuere günstigere Formen von Hemiläsion des Rückenmarkes.*

Brown-Sequard hat diese Formen im Anfange der Sechziger Jahre beschrieben. Ihm verdankt man auch die Kenntniss gewisser physiologischer Verhältnisse, die Klarheit in diese Krankheitsformen gebracht hat. Er wies nach, dass die motorischen Bahnen sich erst hoch oben in den Pyramiden kreuzen, ferner zeigte er, dass parallel mit den motorischen, auch vasomotorische Bahnen ziehen und schliess-

lich solche, die den Muskelsinn vermitteln. Alle diese Bahnen laufen ungekreuzt hinauf. Zu beiden Seiten dieser Fasern ziehen gekreuzt die sensiblen Fasern. Wenn daher eine Läsion das Rückenmark bis zur Medianlinie trifft, werden alle die genannten Fasern getroffen, es wird folglich an der Läsionseite eine Lähmung der Motilität und des Muskelsinnes und Temperaturerhöhung auftreten, an der entgegengesetzten Seite wird die Sensibilität verloren gehen. Es existiren nun in der That etwa 60 Fälle in der Literatur dieser Brown-Sequard-'schen Lähmung, bedingt durch intrameningeale Hämorrhagien und Tumoren, Traumen, Wirbelluxationen und Frakturen, intramedulläre Tumoren.

Prof. Rosenthal hat einige Fälle dieser Halbseitenläsion zu beobachten Gelegenheit gehabt, von denen er folgende mittheilt:

Ein junges Mädchen erkrankte ziemlich rasch unter Fiebererscheinungen, heftigem Nackenschmerz und Steifigkeit und Schiefhaltung des Kopfes, so dass man es mit einer Meningitis spinalis zu thun zu haben glaubte. Nach einigen Tagen wich das Fieber, aber der Schiefhals und die erschwerte Beweglichkeit blieben zurück, überdies war Druckempfindlichkeit, so dass man an eine Spondylitis denken musste. Nach einigen Monaten zeigte sich eine vollständige Lähmung und Atrophie an der rechten oberen Extremität und zum Theile auch der unteren, die elektrische Erregbarkeit war noch überall gut erhalten, die Sensibilität erhalten, aber der Muskelsinn verloren. Linkerseits war die Beweglichkeit vollständig erhalten aber bis zur Medianlinie totale Anästhesie, Analgesie und Thermoanästhesie. Diese Erscheinungen, sowie die zwischen dem dritten und fünften Halswirbel deutlich nachweisbare Verdickung und die Schiefstellung der Halswirbelsäule, liessen annehmen, dass es sich um eine Spondylitis handle, die eine Pachymeningitis externa hervorgerufen hatte, durch welche dann eine seitliche Kompression des Rückenmarkes bedingt wurde. Nach dreimonatlicher Behandlung zeigten sich die ersten Spuren einer Besserung in der Bewegung, erst in den Fingern, dann im Ellbogengelenk, später auch im Schultergelenk. Das erste, was von der Empfindung erwachte, war die Schmerzempfindung und bald darnach die Kontaktempfindung, erst später kehrte die Temperaturempfindung zurück. Es ist also nicht richtig, dass die Schmerz- und Temperaturempfindungen Hand in Hand gehen. Es ist noch zu bemerken, dass zuerst der Temperatursinn für warm und dann derjenige für kalt erwachte, ebenso der Temperaturschmerz.

Nach fünfmonatlicher Behandlung wurde Patientin gesund entlassen und heute ist sie vollkommen gesund.

In einem zweiten Falle handelt es sich um eine Patientin, die durch einen Sturz von einer Kellerstiege eine linksseitige Hemiplegie bekam, mit vollständiger Erhaltung der Sensibilität und Verlust des Muskelsinnes. Die Lähmung betraf zumeist die obere Extremität, die untere Extremität wurde noch etwas geschleppt. Rechterseits war vollständige Analgesie und Thermoanästhesie. Die Reflexe waren gesteigert. Auch in diesem Falle trat Heilung ein.

Nicht so glücklich verlief ein dritter Fall, bei dem auch eine Spondylitis cervicalis und Lähmung der rechten oberen und unteren Extremität mit linksseitiger Analgesie vorhanden war.

Rechts war ein starkes Fussphänomen nachweisbar und ebenso wie links Steigerung der Sehnenreflexe. Es war also nicht unwahrscheinlich, dass sich auch auf der anderen Seite Druckerscheinungen geltend gemacht haben. In der That kam es später zu einer vollständigen Paraplegie, in Folge der durch Difussion fortgeschrittenen Druckmyelitis. Der Patient starb. Sektion wurde nicht gestattet, hätte aber höchst wahrscheinlich eine chronische transversale Myelitis ergeben.

Solche gut ausgehende Fälle wie die ersten zwei, sind eben Raritäten, in der Literatur ist nur ein einziger ähnlicher Fall von Troisier beschrieben.

Zum Schlusse theilt Redner einen Fall mit, der als einzig in seiner Art dasteht. Es ist dies ein Fall von Hemiläsion des Rückenmarkes bei Hysterie; er betrifft ein Mädchen, das mit periodischen Streckkämpfen, Dysmenorrhoe, linksseitige Ovarie und Gastralgie behaftet war und das eine Lähmung des rechten Armes bekam. Es war dies keine hysterische Lähmung, da die Empfindlichkeit vollständig erhalten war. Dagegen war sie links geschwunden. Nach zehnwöchentlicher Behandlung wurde die Kranke geheilt. Pr.

III. Referate und Kritiken.

4) **Varaglia** e **B. Silva**: Note anatomiche ed antropologiche sopra 60 crani e 42 encefali de donne criminali italiane. (Anatomische und anthropologische Bemerkungen über 60 Schädel und 42 Gehirne von italienischen Verbrecherinnen. (Archivio di Psichiatria VI. B. fasc. III e IV.)

Die Untersuchung der Schädel ergab zahlreiche Zeichen der Inferiorität, so namentlich die verminderte Capacität (hingegen vermehrte Capacität der Orbita), verschiedenartige Abnormitäten, wie Unregelmässigkeit des foramen occipitale magnum, Synostose des Atlas mit dem Os occipitis, mächtige Entwicklung der Muskelansätze und Supraciliarbögen u. s. w. Daran schliessen sich deutliche Spuren atavistischer Schädelbildung — Erhaltung der Charactere niederer, und Degeneration der Eigenthümlichkeiten edler antiker Racen.

Den Resultaten dieser mühsamen Untersuchungen, insoweit sie sich auf das Gehirn beziehen, kann eine besondere Bedeutung wohl kaum beigemessen werden. (Das Gehirngewicht im Mittel 1171, schwankte zwischen 1328 u. 1017 gramm; für die Dolichocephalen betrug das Mittelgewicht 1162, für die Brachycephalen 1198 gramm.)

Obersteiner (Wien).

5) **A. Joffroy**: Observation relative aux localisation cérébrales. — Hémiplégie alterne d'orgine cérebrale. (Le Progrès méd. Nro. 49. 1885).

Am 8. Dezember 1884 wurde der Kinderklinik ein 16 Monate altes Kind zugeführt. Dasselbe stammt von gesunden Eltern; sein älterer Bruder ist jung an tuberculöser Meningitis zu Grunde gegangen.

Vor einiger Zeit bemerkte die Mutter, dass Pat. beim Gehen mit dem linken Beine nicht vorwärts kam, dass dasselbe unter dem Gewichte des Körpers zusammenknickte. Um diese Zeit bediente das Kind sich schon nicht mehr der linken Hand, die schliesslich völlig gelähmt war. Einen Tag vor seiner Untersuchung im Krankenhaus wurde das Kind von allgemeinen Convulsionen ergriffen, die 9 Stunden andauerten. Am folgenden Tage traten ebenfalls Krämpfe auf, von denen jedoch nicht genau angegeben werden kann, ob sie die eine Seite mehr ergriffen als die andere. Bei der ärztlichen Visite wurde constatirt: vollständige, schlaffe Lähmung der linken oberen Extremität, unvollständige Lähmung der linken unteren Extremität ohne Ergriffensein der Gesichtsmuskeln dieser Seite. Rechts findet sich dagegen eine ausgesprochene Facialisparalyse, die sich auf die untere Partie des Gesichts beschränkt: der Mund ist nach links verzogen, die rechte Naso-Labialfalte ist verstrichen, der Orbicularis hingegen zieht sich gut zusammen und das Auge schliesst sich vollständig. — Im Laufe des Nachmittags wird das Kind noch einmal von heftigen Krämpfen befallen und stirbt.

Es wurde die Diagnose auf *Gehirntuberculose* und *acute Meningitis tuberculosa* aus folgenden Gründen gestellt: Pat. hatte einen Bruder an vorgenannter Affection verloren und bei der Auscultation deutliche Zeichen von Tuberculose beider Lungenspitzen gezeigt. Schliesslich existirte seit einiger Zeit eine linksseitige Hemiplegie, die sich schleichend entwickelt hatte. Ausserdem war noch eine Facialparalyse der rechten Seite vorhanden. — Mit Rücksicht auf die gekreuzte Lähmung wurde anfänglich an einen Tuberkel der rechten Hälfte des Pons gedacht. Diese Idee musste jedoch bald aufgegeben werden. Es handelte sich nicht um eine peripherische, sondern um eine cerebrale Facialislähmung. Statt an eine einzige Ponsaffection wurde nun an eine doppelte oberhalb des Pons gelegene Läsion gedacht, indem die linksseitige Hemiplegie einer tuberculösen Affection der rechten Gehirnhemisphäre und die rechte Facialiserkrankung einer ähnlichen Affection der linken Hemisphäre zugeschrieben wurde. Die Autopsie bestätigte diese Ansicht, indem sie zeigte, dass die Brachialmonoplegie (man kann hier wohl diesem Ausdruck mit Rücksicht auf die vollständige Lähmung des Armes anwenden), durch eine deutlich begrenzte Läsion der Capsula interna verursacht war. — *Autopsie.* In den beiden Lungenspitzen finden sich tuberculöse Granulationen. — Medulla oblongata, Pons, Kleinhirn und Pedunculi cerebri sind sowohl an ihrer Oberfläche, wie in der Tiefe intact. Die Meningen sind blutreich, ohne erhebliche Veränderungen. — Bei Anwendung des Flechsig'schen Schnittes gewahrt man in der linken Hirnhälfte eine undeutlich begrenzte Läsion, von der Grösse einer Hasselnuss. Sie besteht aus einer käsigen Masse und hat ihren Sitz nach aussen an der Vormauer an der nach hinten gelegenen Partie der Insel und an dem nach unten gelegenen Theile des Gyrus frontalis und des Gyrus parietalis ascendens. Bei Ausführung desselben horizontalen Schnittes durch die rechte Hemisphäre wird gleichfalls ein kleiner ziemlich gut begrenzter, sphä-

rischer Herd freigelegt. Derselbe hat die Grösse einer Erbse und liegt theilweise im Linsenkerne und im Thalamus opticus. Er schneidet den hinteren Theil der inneren Kapsel ungefähr in dem Niveau der Vereinigung des vorderen Drittels mit dem mittleren. — Weitere Alterationen wurden nirgends gefunden. Rabow (Berlin).

6) **Hermann Wilbrand** (Hamburg): Ein Fall von rechtsseitiger temporaler Hemianopsie mit Sectionsbefund. (Gräfe's Arch. f. Ophthal. XXXI. 3. 119.)

Es handelt sich um eine bei einem 63 jährigen, hereditär belasteten Patienten schnell entstandene, anfangs incomplete, rasch zur completen und absoluten lateralen rechtsseitigen Hemianopsie anwachsenden Sehstörung, die als erstes und einziges Herdsymptom bei einer doppelseitigen Stauungspapille, normaler Sehschärfe des rechten und herabgesetzten S. des linken Auges constatirt wurde. Nach Ablauf mehrerer Wochen traten apoplectiforme Anfälle, ohne Bewusstseinsverlust, rechtsseitige Hemiplegie unter Mitbetheiligung des rechten Facialis und Hypoglossus ohne gröbere Sensibilitäts- aber mit bedeutenden vasomotorischen Störungen der rechten Extremitäten und des Zahnfleisches auf. Dazu gesellten sich anfallsweise Schleuderbewegungen der rechten Extremitäten. Später verminderte sich die Hemiparese unter dauernder stärkerer Affection des Oberarms und häufigen Schleuderkrämpfen der rechten Extremitäten. Allmählich trat noch als neues Herdsymptom eine aphasische Störung hinzu, während die Stauungspapille fast völlig zurückging. Die linke Gesichtsfeldhälfte schränkte sich später concentrisch ein. Tod durch Selbstmord.

Die Section ergab die rechte Hemisphäre normal; links findet sich die mediane Fläche des Zwickels und die ganze hinter der Fissura calcarina gelegene pars occipital. atrophisch von hellrostfarbenem Aussehen, weicher als die gesunde Umgebung und bedeutend atrophirt und geschrumpft. Die Fissura calcarina hat in Folge dieser Atrophie bedeutend an Tiefe verloren. Beim Abziehen der Pia erscheint ein fast bis zur Spitze des Hinterlappens reichender Substanzverlust in der Rinde mit hellrostfarbener, zerfliessender Masse bedeckt. Die veränderten Stellen an der Rinde überragen nicht das Niveau des Gehirns, sondern zeigen bloss eine Veränderung in Farbe und Consistenz. An der Spitze selbst zeigt sich keine Erweichung und Usurirung.

Ebenso zeigt sich die gleiche Affection an der 3. Schläfenwindung und dem Gyrus hippocampi und fusiformis und in der linken Kleinhirnhemisphäre medianwärts im vorderen oberen und hinteren oberen Lappen je eine 20 Pfennigstück grosse oberflächlich gelblich gefärbte Erweichung der Rinde. —

Während *dieser* Befund als einer älteren Datums anzusehen ist, findet sich ein Herd frischer embolischer Natur in der oberen und äusseren Fläche des linken Hirnschenkels, spec. dem linken Pulvinar und Corp. geniculat. — Der linke tractus optic. ist etwas grauröthlich verfärbt und schmäler als der rechte, ebenso das Chiasma und linker Opticus stumpf; das linke Corpus candicans ist grau und kaum

halb so gross als das rechte. Die beiden linken Vierhügel sind ziemlich stark atrophisch, der linke Thalamus atrophirt, schmutzig roth und erweicht. Im linken Corp. striatum und der ganzen inneren Kapsel keine Veränderung, ebenso im linken Stirn- und Parietalhirn nichts Abnormes. — Das Vorhandensein der Stauungspapille, die sich später wieder zurückbildete, ohne gleichzeitiges Bestehen eines raumbeengenden Tumors in der Schädelhöhle, wird durch Lymphstauung und vermehrte Absonderung des Liq. cerebrospinalis in Folge der Verstopfung des Gefässgebietes des Hinterhauptlappens zu erklären versucht.

Nieden (Bochum).

7) **Heiberg** (Christiania): Schema der Wirkungsweise der Hirnerven. (Wiesbaden 1885 Verlag von J. F. Bergmann M 1,60.)

Es handelt sich um eine in Farbendruck hergestellte Aufzählung der Hirnnerven und der von ihnen versorgten Organe. Die motorischen Nerven sind in rother, die sensiblen in gelbbrauner und die specifischen Nerven in blauer Farbe gedruckt. Die gemischten Nerven zeigen dementsprechend gemischten Druck. Die Durchführung dieser Darstellungsweise ist äusserst genau gemacht.

Das ganze Schema ist in hohem Grade lehrreich und verdient unbeschränkte Empfehlung. Erlenmeyer.

8) **Legrand du Saulle** (Paris): Les causes des maladies du cerveau. — Hérédité. — Névroses. — Alcoholisme. — Diathèses. (Die Ursachen der Krankheiten des Gehirns. — Erblichkeit. — Neurosen. — Alcoholismus. — Diathesen.) (Gaz. des Hôp. Nro. 139. 1885.)

Während Psychosen und Neurosen das Product ererbter oder erworbener neuropathischer Disposition zu sein scheinen, verdankt eine Reihe anderer Krankheitszustände des Gehirns (Hämorrhagie, Erweichung, akute und chronische Entzündung, Tumoren) in erster Linie einer Alteration des Blutes und in zweiter Störungen der cerebralen Gefässe ihre Entstehung. Diese vasomotorischen Störungen, kommen dadurch zu Stande, dass die im Blute vorhandenen anomalen Substanzen oder organisirten Microorganismen die Wände jener Gefässe per contactum in einen Reizzustand versetzen, der wenn auch erst nach langer Zeit, in eine vollständige Arteriitis übergeht, die ihrer Seits wiederum zur Bildung von kleinen Aneurysmen Anlass gibt.

Erklärt das Zerreissen eines oder mehrerer derselben den Entstehungsmodus der Apoplexie, so ergibt sich derselbe betreffs der Encephalomalacie, wenigstens in vielen Fällen, aus der durch die Entzündung bedingten Gefässverstopfung.

Dieselbe Rolle spielen bei der circumscripten und diffusen interstitiellen Encephalitis die Gefässe, die, wie neuere Untersuchungen festgestellt haben, im Centrum der Plaques der ersteren Form sich im Zustande chronischer Entzündung befinden.

Ob dagegen dasselbe auch von der progressiven allgemeinen Paralyse gilt, dürfte schwer zu entscheiden sein, doch liegt die Annahme nahe, dass diese Krankheitsform bald eine auf hereditärer neuropa-

thischer Disposition beruhende Irritation der Zellen als causales Moment anerkennt, bald, besonders wenn sie solche Individuen heimgesucht hat, die an Congestionen nach dem Kopfe leiden, auf chronische Alcoholintoxication sich zurückführen lässt. Pauli (Köln).

---

9) **Troisier** (Paris): Hemiplegie chez un phthisique. (Hemiplegie bei einem Phthisiker.) (Gaz. des Hôp. 1885 Nro. 139.)

In der Sitzung der Société méd. des Hôp. vom 27. November d. J. zu Paris fand die Vorstellung eines Mannes von 52 Jahren statt, der, im zweiten Stadium der Schwindsucht, im Verlaufe d. J. ohne Verlust des Bewusstseins von rechtsseitiger Hemiplegie ergriffen worden war.

Dieselbe schwächte sich nach mehreren Wochen soweit wieder ab, dass heute nur noch verminderte Muskelkraft und Muskelatrophie zugegen sind.

Das Gesicht ist immer frei geblieben, dasselbe gilt vom Pharynx, den Augen und dem Sprachcentrum.

Am nächsten lag der Gedanke an eine vorhandene circumscripte tuberculöse Meningitis.

Da indess Heilung in einem gewissen Grade erfolgte, so musste man diese Diagnose fallen lassen und eine einfache Meningitis annehmen, die von einer wahrscheinlich tuberculösen Läsion des beim Druck an einer Stelle schmerzhaften linken Os parietale ihren Ausgang nahm, eine Annahme, die der Umstand noch wahrscheinlicher macht, dass vor drei Jahren linksseitige Otorrhoë mit nachfolgendem Funktionsverlust bestanden hat. Pauli (Köln).

---

10) **Legrand N. Denslow** (St. Paul, Minn.): Urethral irritation in the male the cause of certain neuroses, and also of acne. (Reizung der männlichen Urethra als Ursache gewisser Neurosen, und auch der Acne.) (The medic. Record. 7. November 1885.)

Verf. erzählt 8 Fälle, in welchen eine Reihe von nervösen Symptomen (geistige Depression, motorische Schwäche der Beine, Impotenz, Epilepsie, Hautneuralgien u. s. w.) sofort für immer verschwand, als gegen eine gleichzeitig bestehende Verengerung der Urethra (durch Strictur, Muskelkrampf in Folge von Hyperästhesie u. s. w.) eine passende chirurgische Behandlung eingeleitet war; ja es heilte in einem solchen Falle eine totale Alopecie, in einem andern eine bis dahin immer recidivirende Acne. Es sind diese Fälle ganz analog den von Otis früher schon berichteten; auch in diesen wurden die betreffenden Reflex-Neurosen durch Behandlung der Harnröhre mit Sonde und Messer geheilt.

Voigt (Oeynhausen).

---

11) **A. R. Baker**: Headache and other reflex-nervous troubles as the result of eyestrain — with six illustrative cases. (Kopfschmerz und andre nervöse Reflexstörungen als das Resultat von Augenerkrankung — mit 6 erläuterten Fällen.) (The medic. Record. 22. August 1885.)

Die vom Verf. kurz mitgetheilten Fälle sind neue Belege für die hinlänglich bekannte Thatsache, dass durch Hypermetropie und

namentlich durch Astigmatismus intensive Kopfschmerzen, Schwindel, nervöse Magenbeschwerden, ja sogar gewisse trophische Störungen (Ausfallen der Haare u. s. w.) auf reflectorischem Wege entstehen und durch Beseitigung jener Anomalien geheilt werden können. Verf. betont aber mit Recht, dass in jedem Falle von Kopfschmerzen, falls andere Ursachen fehlen, auf Refractionsfehler der Augen zu untersuchen sei.

Voigt (Oeynhausen).

---

12) **Josef Ötvös**: Ein Beitrag zur Erb'schen Schulter-Oberarmlähmung. (Gyógyászat 1885. Nro. 34.)

Die den Muskeln des Annulus scapulae vorstehenden Nerven wurden auch in diesem Falle typisch gelähmt. An den Erb'schen Stellen liess sich vermittelst des intensivsten constanten und inducirten Stromes keine Zuckung auslösen. Auf mechanische Reize contrahiren sich jedoch sowohl der Supin. longus, als die Extensoren des Unterarmes, Deltoideus, Biceps, Brachialis internus, Triceps und der Deltoideus major. Ursache der Lähmung: Fall auf den Kopf und rechte Schulter, und zugleich auf die ausgestreckte Hand, mit Verlust des Bewusstseins, welches aber bald wiederkehrte; doch der Arm konnte nicht bewegt werden. Die reissenden Schmerzen im Arme hielten 3 Monate an; damit ging eine Abmagerung des Oberarmes vor sich.

Verf. schliesst sodann eine centrale Erkrankung aus, da die Abnahme der Reizbarkeit und EAR. dagegen sprechen. Gegen eine spinale Affection sprechen unter Anderen die Einseitigkeit der Lähmung, und deren rasche Fixirung. Solche typische Lähmung kann nur aus der Erkrankung eines und desselben Nervenplexus entspringen. Dieser Nervenplexus ist hier der in der fossa supraclavicularis liegende Plexus brachialis. Dieser Plexus erkrankt häufig durch Erkältung, Stoss, Fall, Distorsion, Quetschung, und in all diesen und ähnlichen Fällen war die betreffende Stelle schmerzhaft und intumescirt.

In diesem Falle fiel Pat. auf die ausgestreckte Hand, hob dadurch die Schulter und die Clavicula so stark, dass letztere dem Corpus des 6. und 7. Halswirbels genähert, und so eine Quetschung, ja sogar Zertrümmerung des Plexus bewirkte.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

---

13) **P. Marie et L. Azoulay**: Consultation externe de la Clinique des maladies du système nerveux, 1. semestre 1885 (janvier-juillet). (Le Progrès méd. Nro. 49. 1885.)

Bei der *Paralysis agitans* haben M. und A. speciell auf die Zahl der Pulsschläge geachtet und das häufige Vorkommen der *Tachycardie* bei dieser Affection constatirt. In 31 Fällen von Paralysis agitans wurden folgende Resultate erhalten:

Nur 7 Mal betrug die Anzahl der Pulsschläge 76 oder darunter (einmal 68 und einmal 64).

In 5 Fällen schwankt sie zwischen 76 und 90.

In 19 Fällen stieg sie auf 90 oder darüber (die höchste beobachtete Ziffer war 122); zwei Male wurde 120 notirt. Es hat den

Anschein als ob diejenigen, die seit längerer Zeit von dieser Affection befallen sind, eine grössere Tendenz zur Vermehrung der Pulsschläge zeigen. Rabow (Berlin).

---

14) **A. Eulenburg** (Berlin): Chorea. (Sep.-Abdr. aus der Real-Encyclopaedie der ges. Heilkunde. II. Aufl. 1885, bei Urban u. Schwarzenberg in Wien.)

Eine kurze, aber genaue Schilderung der Krankheit in fliessender Sprache abgefasst. Verf. bezeichnet die Chorea als meist chronisch-verlaufende, cerebro-spinale Neurose, welche symptomatisch durch krankhafte Muskelunruhe und durch Coordinationsstörungen in Form anomaler krankhafter Associationen und Irradiationen bei der Ausführung intendirter willkürlicher Bewegungsimpulse charakterisirt, häufig constitutionell-neuropathischen Ursprungs, hinsichtlich ihrer speciellen Pathogenese und pathologisch-anatomischen Verhältnisse noch wenig gekannt ist. Fraglich erscheint dem Verf. die Zweckmässigkeit der Einreihung unter den Begriff von *Chorea magna* von jenen Fällen allgemein associirter Krämpfe, die sich anderweitig nicht einreihen lassen und auch die anatomische Diagnose eines Cerebralleidens u. s. w. nicht gestatten. Ebensowenig aber sind derartige Zustände auch nicht allgemein der „Hysterie im Kindesalter" zu subsumiren. Bei der Besprechung der Symptome schlägt Verf. statt des Ausdrucks Muskelwahnsinn (Folie musculaire) den vielleicht noch passenderen Muskelanarchie vor, denn, sagt er, es scheint, als ob die von keinem höheren Willen zu bewusstem Zwecke gelenkten und geleiteten Muskeln die ihnen überlassenen Gliedmassen, mit abwechselndem Erfolge um die Herrschaft ringend, plan- und ziellos hin- und herschleuderten. Während den (besonders bei anämischen Individuen) schmerzhaften Druckpunkten an den Dornfortsätzen der Wirbelsäule, den Querfortsätzen der Halswirbel etc. mit Recht eine irgendwie ernstliche semiotische oder diagnostische Bedeutung nicht beigemessen wird, ist das von Rosenbach und Seifert hervorgehobene (v. Verf. bestätigte) Symptom, dass einzelne Dornfortsätze, die bei starkem Druck nicht schmerzen, auf galvanische Berührung hochgradig empfindlich sich erweisen, vielleicht wichtiger, obwohl dasselbe u. A. auch bei Spinalirritation, Tabes dorsalis und Hysterie keineswegs selten beobachtet ist. Obwohl vasomotorische und trophische Störungen meistens nicht deutlich ausgesprochen oder auf Complicationen (Herzfehler) zurückzuführen sind, sah Verf. doch in einzelnen Fällen bei längerem Bestehen von Chorea dimidiata erhebliche regionäre Differenzen (Temperaturverminderung, Kleinheit und geringere Spannung des Pulses auf der choreatischen Seite). Die Chorea gravidarum, die Chorea senilis werden im Kleindruck besprochen. Ihnen reihen sich die choreiformen Zustände, welche in jedem Alter vorkommen, die Chorea electrica mit ihrem unglücklich gewählten Namen, die praehemiplegische und posthemiplegische Chorea an. Die rhytmischen Choreaformen, welche als Theilerscheinung hysterischer Zustände vorkommen, dürfen nicht unter den Collectivbegriff Chorea subsumirt werden, noch weniger die local beschränkten Incoordinationen einzelner,

functionell zusammengehöriger Muskelgruppen. Das am Schlusse beigegebene Literaturverzeichniss betrifft Arbeiten aus der neuesten Zeit, indem auf die Literatur in Ziemssen's Darstellung (Handbuch der spec. Path. und Therap. XII. 2. Hälfte) hingewiesen wird.

Goldstein (Aachen).

---

15) C. **Waehner**: Beitrag zur pathologischen Anatomie der Basedow'schen Krankheit. (Freiburger Dissert. Heuser's Verlag, Neuwied 1885.)

Bei einer 62jährigen Frau, die an Morb. Basedowii gelitten, an einem leichten Typhus im Spital erkrankte und an Pleuritis zu Grunde ging, fand Verf. macroscopisch Prominenz der bulbi, glanduläre Hypertrophie der Glandula thyreoidea, Dilatation des ganzen Herzens, Hypertrophie des linken Ventrikels, an den Lungen rechtsseitige Pleuritis und pneumonische Herde; Induration in Leber und Nieren, kleine Hämorrhagieen in der Milz und Gefässerweiterungen in der Leber, Verfettung der folliculären Apparate des Darmes, im Rückenmarke eine auf Durchschnitten in verschiedener Höhe bald in den Hinter- bald in den Seitensträngen auftretende graue Verfärbung. — Microscopisch im Rückenmark, wie in den übrigen untersuchten Systemen fand Verf. eine Dilatation der Gefässe und Hypertrophie ihrer Wandungen; letztere traf in den arteriellen Gefässen mehr die media, in den Venösen mehr die adventitia. In höherem Grade fanden sich diese Gefässanomalien in bandförmigen Herden im Rückenmarke, in denen sich zugleich eine leichte Bindegewebswucherung documentirte. In der medulla oblongata und spinalis ist der Centralkanal durch Zellwucherung obliterirt. In der medulla leichte Sclerosirung der linken Pyramide. Der Befund im Sympathicus ist ein negativer. Der Obliteration des Centralkanals, die sich nicht selten bei alten Individuen findet, sowie der leichten Sclerose der linken Pyramide, welche ebenfalls als zufälliger Befund aufzufassen ist, kann für die Erklärung der in Rede stehenden Krankheit kein besonderes Gewicht beigemessen werden. Vielleicht könnte man versucht sein, die Sclerose der linken Pyramide auf die ausgedehntere Atrophie von Markfasern im rechten Seitenstrange in Folge der Gefässdilatation zu erklären — für das Wesen der Krankheit ist aber auch diese Auslegung ohne Belang und würde höchstens zur Stütze der Ansicht von Stellway dienen, dass die durch Gefässdilatation geschaffenen Veränderungen zu den verschiedenen bei Morb. Basedow. beobachteten Geistesstörungen führen. Die Endursachen des räthselhaften Symptomencomplexes deckt auch dieser Fall leider nicht auf. Goldstein (Aachen).

---

16) **Ant. Mühe** (Erbendorf): Heilung eines Trismus und Tetanus traumaticus. (Aerztl. Intelligenzbl. Nro. 47. 1885.)

Eine 21jährige Magd geräth mit der rechten Hand in die Dreschmaschine. Wunden am Dorsum der Mittelhand und Ringfinger nicht bedeutend, heilten schnell. Patientin setzte sich starken Erkältungen aus und erkrankte 12 Tage nach der Verletzung an Nackenschmerzen etc. Verf. wandte Natr. Salicyl. in hohen Dosen und starke Mor-

phiumdosen an, liess daneben Ung. Hydr. in den Nacken einreiben. Schon nach 20 Stunden konnte die Kranke den Mund weit öffnen, Brustkrämpfe schwanden. Verletzung am 26. November, vollständige Heilung in den ersten Tagen des Januar.

Goldstein (Aachen).

---

17) **S. Laache** (Christiania): Et Tilfaelde of Tetanus rheumaticus med nogle Bemaerkninger om de aetiologische Forhold ved Tetans i det Hele. (Ein Fall von Tetanus rheumaticus nebst einigen Bemerkungen über das aetiologische Verhalten des Tetanus überhaupt).
(Klinisk Aarbog II. Sep.-Abdr.)

Der Fall betrifft einen 30 j. Gutsknecht, der nach einer nächtlichen Fahrt bei ziemlicher Kälte nach vorausgegangenem Uebelbefinden an tonischem Flexionskrampf erst der Ober-, dann der Unterextremitäten erkrankte, worauf dann Trismus und Rumpfsteifigkeit sowie tonischer Krampf der Gesichtsmuskeln folgte. Zu Opistotonus kam es nicht. Bereits am folgenden Tage fingen die Erscheinungen an zurückzugehen, dagegen blieb noch einige Tage Unfähigkeit, den Harn spontan zu entleeren, zurück. Letzterer enthielt etwas Eiweiss, aber keine pathologischen Formelemente. Pat. konnte das Hospital bereits 6 Tage nach der Aufnahme gesund verlassen.

Dieser Fall, dem Verf. zur weiteren Illustrirung der ätiologischen Bedeutung der Kälteeinwirkung noch einen zweiten, allerdings nicht hierhergehörigen — plötzlich auftretende tonische Krämpfe der Oberextremitäten nebst Trismus und gleichzeitiger Bewusstseinsverlust; nach kurzem Bestehen ebenso plötzliches Schwinden aller Symptome — hinzufügt, bietet ihm Veranlassung, gegenüber der neuerdings in den Vordergrund getretenen Ansicht von der infectiösen Natur des Tetanus die aetiologische Bedeutung der Kälte zu betonen.

Wenn die betreffenden Untersuchungen — die von Nicolayer werden ausführlich referirt — ferner bestätigt werden sollten, so „wird man kaum länger gegründeten Zweifel hegen, dass der Tetanus eine Infectionskrankheit sein *kann*, während es andererseits auch einigermassen übereilt wäre, wenn man schlösse, dass er es *immer* sei“.

Dehn (Hamburg).

---

18) **Giuseppe Darini:** Guérison des névroses convulsives en Italie. (Heilung der convulsivischen Neurosen in Italien.) (Gaz. des Hôp. 1885. Nro. 137.)

Ein Besuch der Hospitäler in Paris gab den Anlass die günstige Wirkung zu betonen, die bei convulsivischen Neurosen durch den internen Gebrauch des Sirop de Mure erzielt wird und die darauf beruht, dass dieser nichts weiter als ein möglichst chemisch reines Kalium bromatum enthält; ein Esslöffel enthält genau 2 Gram. dieses Salzes. Das Syrop ist täglich 6—18 Monate hindurch ununterbrochen und in steigender Dosis zu gebrauchen.

Bei der Hälfte aller Fälle trat vollständige Heilung und bei dem

vierten Theile derselben wesentliche Besserung ein. Verf. erreichte mit diesem Mittel gleich anderen italienischen Aerzten dieselben günstigen Resultate. Pauli (Köln).

19) **Brown-Séquard** (Paris): Influence du café sur le prurit nerveux. (Einfluss des Kaffees auf den nervösen Pruritus.) (Gaz. des Hôp. 1885. Nro. 127.) (Sitzung der Société de biologie vom 31. October 1885 zu Paris.)

Verf. hat mehrere Male nach dem Genusse von Kaffee einen äusserst heftigen Pruritus auftreten sehen. So erinnert er sich namentlich einer Dame, welche hiernach regelmässig während mehrerer Tage von jenem hier die Vulva einnehmenden Leiden in demselbes Grade befallen und, wenn sie das ursächliche Moment vermied, alsbald wieder davon befreit wurde, sowie eines mehr als 60 Jahre alten Mannes, den der furchtbarste Pruritus ani nach der Einverleibung jenes Getränks heimsuchte und nach dem Aussetzen desselben wieder verliess.

Pauli (Köln).

20) **C. R. Illingworth**: Sleeplessnes in an infant. (Schlaflosigkeit bei Kindern.) (The Lancet 7. November 1885.)

Verf. bezeichnet in Uebereinstimmung mit auch anderweitig gemachten Wahrnehmungen das Chloralhydrat in der Dosis von 2—3 Gram. in einem einfachen Syrup als ein bewunderungswürdig-wirkendes Mittel bei Schlaflosigkeit der Kinder; weniger dagegen dürfte bekannt sein, dass wenn dieselbe von Meningitis ihren Ursprung herleitet, die bekanntlich mit Vorliebe in der Dentitionsperiode auftritt, sich durch hohe Temperatur, Aufschrecken aus dem Schlafe, allgemeine Reizbarkeit und häufig durch Convulsionen zu erkennen gibt, „zauberhaft rasche Heilung“ das Hydrargyrum bichloratum in Verbindung mit Jodkalium und Chloral in folgender Form herbeiführt.

Liquor. Hydrargyr. bichlorat 8,0, Kalii jodat. 0,6—1,0, Chloral. 1,0, Syrup. simpl. 15,0. Aq. destillat 45,0. M. D. S. Alle zwei Stunden einen Theelöffel voll zu geben. Pauli (Köln).

21) **Fr. Peterson** und **H. Langdon**: Hydrobromate of hyoscine — its use in cases of insanity. (Hyosciamin hydrobrom. — sein Gebrauch in Fällen von Geisteskrankheit.) (The med. Record. 19. Septbr. 1885.)

Die Verf. geben einen genauen Bericht über 36 Fälle der verschiedensten Geisteskrankheiten, in welchen sie das Hyosc. hydrobrom. als Schlafmittel systematisch versuchten. Sie kommen auf Grund ihrer betreffenden Beobachtungen unter anderen zu folgenden Schlüssen:

1. Das (beiläufig geschmacklose) Hyosc. hydrobrom. ist kein echtes Hypnoticum, wie Chloral, Opium und die Bromide, obgleich es durch die Erzeugung von Muskelerschlaffung und Ermattungsgefühl zum Schlafen disponirt.
2. Der etwa herbeigeführte Schlaf ist kurz und nicht tief.
3. Es wird zum Zwecke der Schlaferzeugung am besten subcutan gebraucht.
4. Vor fortgesetztem Gebrauche ist zu warnen.

5. Es macht die Respirationen oberflächlicher, aber nicht geringer an Zahl.

6. Die Wirkung auf den Puls ist bald eine steigende, bald eine herabsetzende; das Gesicht wird gewöhnlich heiss, die Extremitäten kalt.

7. Es macht Erweiterung der Pupillen und Aufhören der Accomodation,Trockenheit der Kehle, Schwindel und manchmal Aufstossen, Ekel, Erbrechen, Durchfall, Muskelzittern, Delirien, Stupor, selten auch Steigerung des Geschlechtstriebes.

Im Uebrigen vermehrte es in des Verf. Fällen bei fortgesetzter Anwendung die Erregung, schadete bei den Melancholikern, hatte in Fällen chronischer Manie, Demenz und progressiver Paralyse kein Vortheil vor Chloral und Hyosciamin, nützte Nichts bei Epilepsie.

Voigt (Oeynhausen).

---

22) **K. Holmes**: Puerperal mania. (The Detroit Lancet, Novbr. 1885.)

Verf. skizzirt kurz 12 Fälle von Puerperalmanie, deren klinisches Studium ihn zu der Ansicht gebracht hat, dass Zerreissungen des cervix zu den häufigsten unmittelbaren Ursachen puerperaler Geisteserkrankungen gehören. Dies sei um so erklärlicher, als nach Bucke namentlich die Erkrankungen der reichlich mit Sympathicus-Fasern und Geflechten versehenen Organe zu Geisteserkrankungen disponiren, im Puerperium ausserdem aber recht oft das Nervensystem durch voraufgegangenen Schädlichkeiten (Angst, Sorgen, Veränderung der allgemeinen Ernährung u. s. w.) schwach und hinfällig sei.

Voigt (Oeynhausen).

---

23) **Parant** (Toulouse): Note sur la transformation de la folie simulée en folie véritable. (Ueber den Uebergang simulirter in wirkliche Geistesstörung). (Ann. méd. psycholog. Juli 1885.)

Verf. knüpft an einen Fall von Simulation geistiger Störung an, bei dem von der Vertheidigung in einem späteren Termine die Möglichkeit des Ueberganges von Simulation in wirkliche Geistesstörung herangezogen worden war. Der Simulant war jedesmal verurtheilt worden und hatte nach der letzten Verurtheilung die Simulation aufgegeben. In der Literatur findet sich nun, wie Verf. nachweist, keine einzige einschlägige Beobachtung in Bezug auf den Uebergang der Simulation in geistige Störung, welche bei eingehender Prüfung ganz einwandfrei ist. Es sind deshalb weitere Beobachtungen abzuwarten, die sicher sind und dadurch erst dem Gerichtsarzt bei Beurtheilung einschlägiger Fälle eine Handhabe bieten können. Otto (Dalldorf).

---

24) **Régis**: Note rectificative à propos de l'histoire de la folie communiquée (folie à deux). (Historische Berichtigung über das inducirte Irresein) (Ann. méd. psycholog. Juli 1885).

25) **Baillarger**: Quelques exemples folie communiquée (1860). (Einige Fälle von inducirtem Irresein.) (Ann. méd. psychiolog. September 1885.)

R. rectificirt in der erstgenanten Mittheilung eine Unrichtigkeit in der Geschichte des inducirten Irreseins.

Es sind nach Lehmann nicht Lasègue und Falret 1873 zuerst mit Veröffentlichungen über dasselbe hervorgetreten, sondern schon 1860 Baillarger und zwar mit der oben an zweiter Stelle genannten, im übrigen in Vergessenheit gerathenen Arbeit, in welcher von B. die Aufmerksamkeit auf das inducirte Irresein unter kurzer Schilderung einschlägiger Fälle gelenkt wird.

Otto (Dalldorf).

---

26) **Baillarger**: Influence de la menstruation sur la transformation de la manie en délire aigu. Accès de manie. Symptômes graves de délire aigu, à l'époque des règles. Guérison. (Einfluss der Menstruation auf Manie, Erscheinungen des Delirium acutum während derselben, Heilung. (Ann. méd. psycholog. Juli 1885.)

Bei einer 33jährigen Arbeiterin, welche in Folge grosser Anstrengungen in der Ernährung zurückgekommen war, trat nach Ablauf einer brandigen Entzündung des Armes eine akute Manie auf. Es zeigten sich Grössenideen, jedoch keine Sprachstörung und keine Pupillendifferenz. Dagegen waren die Bewegungen nicht harmonisch und die Haut unempfindlich. Nach einigen Tagen nahm die maniakalische Erregung zu, es trat Schlaflosigkeit ein, neben den Grössenideen traten hypochondrische Ideen auf und schliesslich verschlimmerte sich der Zustand bis zum Bilde des Delirium acutum. Zugleich traten Zeichen der Menstruation ein, die bald wieder verschwanden, mit welchem Umstande Verf. das Delirium acutum in Verbindung bringen möchte. In den folgenden Tagen gingen die Erscheinungen des Delirium acutum zurück und, nachdem noch Grössen- und hypochondrische Ideen eine Zeit lang vorgeherrscht, blieb schliesslich noch eine maniakalische Erregung zurück, während die Pupillen ungleich wurden, und auch bei der späteren Entlassung nach dem Verschwinden der psychischen Störung sich noch ungleich verhielten.

Otto (Dalldorf).

---

27) **Hughes** (St. Louis): Note on a form of post.-neuralgic encepalatrophic or cerebrasthenic insanity (Notiz über eine Form von postneuralgischem encephalatroph. oder cerebroasthen. Irresein.) (The alien. & neurolog. October 1885. p. 566.)

Verf. beobachtete 2 Fälle: Am 3. 6. 1884 wurde er von einer 40jähr. verheiratheten Dame wegen Trigeminusneuralgie, an welcher sie seit 9 J. litt, consultirt; während des grössten Theiles dieser Zeit war sie gynaekologisch behandelt worden, wobei sich ihr Allgemeinzustand nur verschlimmerte. Unter geeigneter Behandlung des Verf. liessen die neuralgischen Schmerzen fast ganz nach; da traten Anfangs August cerebrale Symptome auf unter dem Bilde der acuten Manie, welche unter Chloralbehandlung nach 6 Wochen völlig schwanden. Seitdem ist Pat. fast ganz wohl; die neuralg. Schmerzen treten nur noch zeitweise in milder Form auf und weichen der galvan. Behandlung.

Der zweite Fall betrifft einen Capitän, welcher vielfach an Malaria gelitten hatte; dieser klagte über eine linksseitige, nicht periodische

Ischias. Nach 4 wöchentlicher galvan. Behandlung verschwand die Neuralgie, um einer hochgradigen psychischen Aufregung verbunden mit Agrypnie Platz zu machen, welche jeder Behandlung trotzte, nach 5 Wochen aber spontan nachliess. Ob die Ischias sich wieder zeigte, sagt H. nicht. König (Dalldorf).

---

28) **Pelman** (Grafenberg): Gerichtsärztliches Gutachten. (Friedr. Bl. f. ger. Med. u. s. w. 36. Jahrg. 3. Heft. Mai und Juni 1885.)

1. Mord der Ehefrau. Zustand der völligen Bewusstlosigkeit (mania transitoria).

Am 1. 7. 83. Abends stürzt sich der 37 jährige Fabrikarbeiter F. beim Nachhausekommen auf seine Frau und ermordet sie in grässlicher Weise, indem er ihr mit Stuhlbein und Spaten den Kopf zertrümmert, und versetzt der Leiche noch unzählige Messerstiche. Bald darauf wird er bewusstlos neben ihr liegend gefunden, dieselbe mit einem Arm umschlungen und in der anderen Hand ein blutiges Messer haltend. Trotz Abwaschens und Umkleidens erwacht er erst am anderen Morgen im Gefängniss und hat von der That keine Erinnerung. Der Sachverständige sieht ihn zuerst am 19. 10. und findet ihn zur Zeit geistig völlig gesund. Ebensowenig lässt sich Geistesstörung in der Zeit vor der Strafthat nachweisen. Der Sachverständige stellt sich zwei Fragen: 1. Giebt es Zustände, wo bei geistig Gesunden Anfälle von Bewusstlosigkeit eintreten, die keine Erinnerung zurücklassen und wo trotzdem gewaltthätige und anscheinend bewusste Handlungen verübt werden können? 2. Sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass F. sich in einem solchen befunden und seine Handlung darin begangen habe? die Frage zu 1. wird mit Krafft-Ebing bejaht und dessen Excurs über mania transitoria aus Maschka's Handbuch der ger. Med. wörtlich wiedergegeben. In Bezug auf die Frage zu 2. sind die Angaben des F., sowie die Zeugenaussagen entscheidend. Ersterer hat sich nie widersprochen und erzählt die Geschichte des 1. Juli, wie folgt: Er nahm an jenem Tage sein Mittagsbrod mit seiner Frau ein und trank Nachmittags mit dem Klempner H. 2 Liter Bier und auch Brantwein, den er nicht vertrage. H. erzählte ihm von der Untreue seiner, des F. Frau; er ging dann weg und hat von den folgenden Erreignissen keine Erinnerung mehr. Die Zeugen sagen aus, dass F. R. um 4 Uhr von der Zeche weggegangen sei und um 7 Uhr seine Frau erschlagen habe. In der Zwischenzeit zeigte er sich auffallend erregt, war aber jedenfalls nicht sinnlos betrunken. Einer Zeugin, die ihn kurz vor 7 Uhr in diesem aufgeregten Zustande trifft, giebt er, sich auf die Brust schlagend, zur Antwort: „Hier sitzt Etwas, was ich Niemanden sagen kann.“ Auch seine Frau hält ihn für betrunken und stellt ihn desshalb zur Rede. Die That wird mit thierischer Wildheit verübt, nachdem er sich mit dem Ausruf: „was geht es dich an“, auf die Frau gestürzt hat. Unmittelbar darauf verfällt F. in tiefen todtenähnlichen Schlaf bis zum nächsten Morgen. Der ganze Verlauf des Anfalls, der

eine zeitlich scharf begrenzte Lücke in der Kontinuität des Geisteslebens des F. bildet, beweist seine Zurechnungsunfähigkeit zur Zeit der That. Die Gehirnkongestion, welche erfahrunggemäss mania transitoria erzeugt, fand bei F. ein dazu geneigtes Gehirn vor, der in glaubwürdiger Weise angiebt, dass er viel an Kopfschmerzen und Schwindelanfälle gelitten habe. Auch die gewöhnlich veranlassenden Momente, bestehend in Gemüthsbewegungen und Trinkexcessen, liegen hier vor, wozu sich noch Intoleranz gegen Alkohol gesellt. Während des Schlafes nach der That hatte er Zuckungen. Seine Amnesie für die Strafthat ist nicht blos vorgegeben, sondern völlig glaubhaft. Er hat demnach in einem Zustande der Bewusstlosigkeit gehandelt, wodurch die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Es folgt noch eine Erörterung der richterlichen Fragestellung sowie eine kurze Epikrise des Falles.

2. Gutachten, den Geisteszustand des Hermann G. betreffend. Brandstiftung von Seiten eines beschränkten und zu Geistesstörungen disponirten Menschen.

Der Knecht H. G. ist vom 11. 6. bis 30. 7. in der hiesigen Irrenanstalt beobachtet worden. Er hat sich während der ganzen Zeit völlig ruhig und geordnet verhalten, die ihm aufgetragenen Arbeiten verrichtet und ist auch körperlich dabei gediehen. Da hiernach sein Geisteszustand nur aus seinen eignen Aeusserungen beurtheilt werden kann, so folgt ein stenographisch aufgezeichnetes Colloquium, aus welchem hervorgeht, dass G. sich in Amerika, wohin er mit Vater und Bruder auswanderte, nicht forthelfen konnte, dass er einen geisteskranken Bruder hat, wegen schiefen Halses von Militär frei kam, Alkohol nicht vertragen kann, für das andere Geschlecht keine Neigung hat, sich zu der Brandstiftung von einem Anderen, dessen Motiv Rache war, bereden liess, sich im Gefängniss auf den Rath von Mitgefangenen verrückt stellte und von ihnen zum Narren gehalten wurde. G. hat ein gutes Gedächtniss und besitzt leidliche Schulkenntnisse. Er ist weder jetzt, noch war er zur Zeit der Strafthat geisteskrank, dennoch ist er geistig nicht normal, steht vielmehr auf der Grenze zwischen Dummheit und Schwachsinn. Er ist zu Geistesstörungen erblich disponirt, weil sein Vater ein Trinker und sein Bruder geisteskrank ist; derselbe zeigte sich früher moralisch entartet. Bei G. liegen auch körperliche Degenerationszeichen in der Contractur des linken Kopfnickers, wodurch die linke Schädel- und Gesichtshälfte in der Entwicklung zurückgeblieben ist, deutlich vor. Seine Gehirnthätigkeit beschränkt sich auf Reproduktion von Erlebtem und Erlerntem. Mit dieser Armuth der Geisteskräfte geht leichte Erschöpfbarkeit derselben gewöhnlich Hand in Hand. G. verdient in Bezug auf die Strafthat wegen seiner hochgradigen Beschränktheit einer besonderen Berücksichtigung. Landsberg (Ostrowo).

IV. Aus den Vereinen.

I. Physicalisch-medicinische Gesellschaft zu Würzburg.

Sitzung vom 31. October 1885. (Aerztl. Intelligenzbl. Nro. 45. 1885.)

29) **Rieger:** *Ueber craniographische Apparate.*

Wir geben wörtlich den kurzen Auszug aus oben genanntem Blatte: Im Anschluss an die in seiner Schrift: „Eine exacte Methode der Craniographie" dargestellte Verfahrungsweise zur graphischen Darstellung von Schädeln hat Rieger einen Apparat construirt, den er vorzeigt und erläutert. Derselbe ermöglicht eine absolut genaue Einstellung jedes Schädels in jeder beliebigen Längs- oder Querachse, was für die Zurückführung von Maassen auf vergleichbare Projectionen ein unumgängliches Erforderniss ist. Die Abweichungen verschiedener Längsachsen, die man zu vergleichen wünscht, können unmittelbar an einem graduirten Kreisbogen in Graden abgelesen werden. Durch diesen Apparat ist allein eine streng geometrische Aufnahme eines Hirn- und Gesichtsschädels ermöglicht. Er wird verfertigt durch den Mechaniker Siedenkopf in Würzburg. Seine ausführliche Beschreibung — auf die in diesem Blatte z. Zeit jedenfalls eingegangen wird — erfolgt im nächster Zeit in einer eigenen Schrift.

Goldstein (Aachen).

II. Académie des Sciences zu Paris.

Sitzung vom 16. November 1885. (Le Progrès méd. Nro. 48, 1885.)

30) **Vulpian** erkennt nach seinen neuen Experimenten die *Existenz von gefässerweiternden Nervenfasern im Nervus Trigeminus*, von dem Punkte, wo der Nerv aus dem Pons hervortritt, an. Die Faradisation dieses Nerven in der Schädelhöle diesseits des Ganglion Gasseri ruft auch eine leichte Congestion der *Augapfel-Bindehaut der corespondirenden Seite hervor.* — Magnan hat, indem er die *vergleichende Anatomie der Chorda Tympani der Vögel* studirte, gefunden, dass eine Analogie existire zwischen *der Chorda Tympani der Vögel und der der Mammiferen.*

Sitzung vom 23. November 1885. (Le Progrès méd. Nro. 49. 1885).

31) **Vulpian**: *Ueber die Functionen des Wrisberg'schen Nerven*, der sensitiven Wurzel des Facialis. Dieser Nerv, von dem die Chorda Tympani hervorkommt, ist gleichzeitig Nerv der allgemeinen Sensibilität und der Geschmacksempfindung, exito-secretorischer und vasodilatatorischer Nerv. Vulpian glaubt beweisen zu können, dass: 1. die Intervention als gefässerweiternder Nerv nicht in der Glandula submaxillaris und in der Schleimhaut der Zunge ein Ende hat, sondern dass sie sich zum Gaumensegel erstreckt; 2. dass der Nerv zum grössten Theile der Geschmacksempfindung dieses Segels vermittels des Nervus petrosus superficialis major vorsteht.

Rabow (Berlin).

III. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 21. November 1885. (Le Progrés méd. Nro. 48, 1885.)

32) **Pitres** und **Villard** demonstriren einen eigenthümlichen Fall von *Artropathie der Wirbelsäule bei einem Tabiker.* Die Affection

wurde nicht nur durch die während des Lebens sich zeigenden Symptome, sondern auch durch die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks constatirt. Derartige Fälle kommen äusserst selten vor. Eine in der Salpetrière aufbewahrte Abbildung scheint sich auf diesen Gegenstand zu beziehen, doch ist keine Section gemacht worden. Ebenso verhält es sich mit einem von König (soll wohl heissen Krönig Ref.) mitgetheilten Falle. — Pitres und Villard hatten Gelegenheit einen dritten Fall zu beobachten, von dem die demonstrirten Präparate herrühren. Der Lendentheil der Wirbelsäule ist S förmig gekrümmt; der Körper des ersten Lendenwirbels geschwunden; der zweite Lendenwirbel mit ostheophytischen Productionen bedeckt. Die anderen Wirbel zeigen Rauhheiten. Diese Arthropathie hat sich ohne Schmerzen, so zu sagen ohne Wissen des Kranken eingestellt. Derselbe ist im Alter von 56 Jahren gestorben. Rabow (Berlin).

V. Tagesgeschichte.

Die allenthalben drohende Ueberfüllung der Irrenanstalten drängt zu beständigem Bauen. — Die beiden preussischen Provinzen Ostpreussen und Schlesien haben von Erweiterungsbauten ihrer bestehenden Anstalten abgesehen und sind zu Neubauten geschritten. Die erstere hat in *Kortau* bei Allenstein eine Anstalt zu bauen begonnen, die im Herbste d. J. eröffnet werden wird; zu ihrem Director ist, wie bereits in der letzten Nummer gemeldet worden, Herr Dr. Hallervorden, II. Arzt in Allenberg ernannt. *Schlesien* hat in *Rybnik* gebaut, welche Anstalt zu Ostern d. J. mit den ersten Kranken belegt werden wird. Der neue Director Herr Dr. Zander von Alt-Scherbitz ist bereits mit dem 1. Januar dorthin übergesiedelt.

VI. Personalien.

Offene Stellen. 1) Bendorf am Rhein (Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt für Gemüths- und Nervenkranke), Assistenzarzt, sofort, 1500 M. und freie Station. 2) Colditz, Assistenzarzt, 1800 M. und fr. Stat. 3) Halle a./S. (Universitäts-Irren- und Nervenklinik), 1. Assistenzarzt, sofort, 1400 M. und fr. Stat. Promotion und psychiatrische Erfahrung Bedingung. 4) Allenberg (Ostpreussen), II. Arzt, 1. April 1886, 3000 M., freie Wohnung etc. 5) Hildesheim, Assistenzarzt, 900 M. und fr. Stat. I. Cl. 6) Königslutter, 3. Assistenzarzt, 1000 M. und fr. Stat. 7) Carlsfeld (Privat-Irren-Anstalt), Assistenzarzt. 8) Alt-Scherbitz, II. Arzt. 9) Bunzlau, II. Arzt.

Ernannt. Saargemünd, Director Herr Dr. Dittmar in Hildesheim. Rybnik, Director Herr Dr. Zander in Alt-Scherbitz. San.-Rath Dr. Ideler in Berlin zum Geheimen Sanitätsrath.

Versetzt. Reg.- und Medic.-Rath Dr. Weiss in Stettin in gleicher Eigenschaft nach Düsseldorf.

Pensionirt. Reg.- und Medic.-Rath Dr. Beyer in Düsseldorf unter Verleihung des Titels Geheimer Sanitäts-Rath.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

9. Jahrg. 15. Januar 1886. Nro. 2.

INHALT.

I. Originalien.

I.

Ueber eine weniger bekannte Neurose der Extremitäten, besonders der oberen.

Von Prof. M. BERNHARDT in Berlin.

(Nach einem in der Gesellschaft der Charité-Aerzte am 17. Dezember 1885 gehaltenen Vortrage.)

Nachfolgende Zeilen haben den Zweck, von einem in Deutschland zwar nicht unbekannten, aber doch weniger als im Ausland (besonders in England und Amerika) beachteten Symptomencomplex Kenntniss zu geben, welchen ich im Laufe der Jahre vorwiegend

bei poliklinischen Patienten beobachtet habe. Der nachfolgenden kurzen Schilderung liegen 47 meist bei Frauen erhobene Krankengeschichten zu Grunde. Von den (43) Frauen waren zwischen 20 und 30 Jahre alt *eine*, zwischen 30—40 *elf*, zwischen 40—50 *zwölf*, 50—60 *dreizehn*, 60—70 *fünf*, 70—80 *eine*: von den Männern war der eine 28, der zweite 38, der dritte 47, der vierte 64 Jahre alt. Es liegt natürlich nicht in meiner Absicht, sämmtliche Beobachtungen ausführlich mitzutheilen; zur Illustration mögen folgende kurze Notizen über sieben derartige Kranke genügen:

1) Eine 53 jährige Frau klagt über ein Gefühl von Kriebeln in den Fingern beider Hände. Diese abnormen Sensationen, durch welche sie in ihren Arbeiten (z. B. Nähen) sehr gestört wird, treten besonders des Morgens, nach dem Schlafe auf. Druck- oder Schmerzpunkte am Nacken, in der Oberschlüsselbeingrube, im Verlaufe der Armnerven sind nicht aufzufinden. — Die abnorme Empfindung kommt auch im Laufe des Tages plötzlich, eben so schnell vergeht sie auch wieder. Die objective Prüfung der Sensibilität weist jedenfalls keine gröberen Störungen nach: in die Hand gelegte kleinere Gegenstände werden (bei Augenschluss) durch Tasten sofort erkannt.

2) Eine 63 jährige Frau (Zeitungsausträgerin) litt früher mal an Reissen in den Schultern; zur Zeit klagt sie über ein seit einigen Monaten bestehendes Gefühl von Kriebeln und Taubsein in beiden Händen bis in die Arme hinauf: an der Rückseite der Hände ist das Gefühl schmerzhaft. Die Finger bieten bei der Betrachtung und Betastung nichts Abnormes dar: sie fühlen sich warm an und sind von normaler Färbung. — Das taube Gefühl stellt sich öfter ein am Tage, es hindert an feinerer Arbeit: in den Händen gehaltene Gegenstände werden, wenn das Kriebeln beginnt, oft fallen gelassen. — An den rechten Fingerkuppen lässt sich bei genauerer Prüfung mit dem Tasterzirkel eine (übrigens mässige) Herabsetzung des Tastgefühls nachweisen: Temperaturunterschiede, kleine in die Hand gelegte Gegenstände werden sofort richtig wahrgenommen und beurtheilt.

Eine *Ataxie* der Hand und Fingerbewegungen besteht *nicht*: die Kniephänomene sind beiderseits wohl ausgeprägt.

3) Eine 50jährige Frau, rüstig heiteren Temperaments, klagt seit einigen Monaten über folgende Erscheinungen: Oft ohne jede erkennbare Ursache, meist aber in der *Wärme* (des Betts oder beim Manipuliren mit *warmem* Wasser) tritt *plötzlich* in den Fingern *nur* der rechten Hand ein so starkes Kriebeln ein, dass jeder Gebrauch der Hand zu feineren Verrichtungen Nähen, Stricken unmöglich wird. Diese Empfindung kann ebenso plötzlich schwinden, wie sie gekommen: sicher ist sie stets des Morgens, nach dem Erwachen da. Wird die Hand der kühlen Luft ausgesetzt oder in *kaltes* Wasser getaucht, so lassen die Erscheinungen nach und schwinden bald. Diese abnormen Empfindungen in der rechten Hand steigern sich des Nachts in der Bettwärme oft bis zur Schmerzhaftigkeit. Objectiv lassen sich auch bei genauer Untersuchung keine Sensibilitätsstörungen nachweisen: die Beine, die linke obere Extremität sind frei. Keine Ataxie bei Bewegungen der rechten Hand und Finger.

Kiephänomene beiderseits vorhanden.

4) Frau H., 42 Jahre alt, empfindet seit einem Jahre Kriebeln und Taubsein in den Fingern der rechten Hand vom Ellenbogen ab: eigentliche Schmerzen bestehen nicht. Die Sensibilität der Finger ist für Berührungen, Schmerz, Tem-

peraturunterschiede, intakt: in die Hand gelegte Gegenstände werden durch das Gefühl (auch bei Augenschluss) sofort richtig erkannt. Es besteht weder Lähmung, noch Atrophie der Handmuskeln: von abnormer Röthe oder Blässe ist an den Fingern und Händen nichts zu sehen.

Die oben erwähnten Parästhesien treten vorwiegend Nachts auf, fast nie am Tage. — Ein Trauma hat nicht eingewirkt, gewaschen hat Pat. nie besonders viel. Druckschmerzpunkte nirgends zu finden. Die Kniephänomene sind deutlich nachweisbar: die Patientin fühlt sich sonst durchaus wohl und gesund.

5) Frau M., 62 Jahre alt, empfindet das Kriebeln und Eingeschlafensein etc. nur an den Mittel- und Nagelphalangen und nur links: entlang dem Verlauf des n. medianus besteht Schmerzhaftigkeit. Die abnorme Empfindungen wecken sie oft des Nachts: die Frau ist *bleich;* in der letzten Zeit hat sie viel gewaschen.

6) Frau H., 50 Jahre alt, klagt über oft sehr heftige nächtliche Schmerzen im 2. und 3. Finger der rechten Hand, die nach oben hin ausstrahlen. Taubheitsgefühl besteht den ganzen Tag über, Nähen ist unmöglich geworden, die Nadel entfällt den Händen. Druckschmerzpunkte nicht zu finden. — Keine erheblichen objectiv nachweisbaren Sensibilitätsstörungen: die elektrische Erregbarkeit der die Hand und Finger bewegenden Muskeln normal. — Die Kniephänomene sind vorhanden, die Pupillen sind gleich, mittelweit, auf Lichtreiz gut reagirend. Die Kranke *wäscht* und *schauert* viel: befasst sie sich mit *warmem* Wasser, *so steigern* sich alle krankhaften Erscheinungen.

7) Frau S., 59 Jahre alt, hatte *nach ihrer zweiten Entbindung* schon vor vielen Jahren über ein Gefühl von Abgestorbensein in den Händen geklagt, welches zeitweilig verschwand und wieder auftrat und jetzt seit 5 Wochen auf's Neue besteht. Das unangenehme Gefühl tritt besonders Nachts auf und weckt sie aus dem Schlafe. Die Hände und Finger zeigen in Bezug auf ihre Färbung nichts von der Norm abweichendes: sie fühlen sich weder besonders kühl, noch besonders warm an. Nirgends besteht eine Atrophie oder eine Lähmung, alle Bewegungen von den Schultern bis zu den Fingern hin werden prompt und auch kräftig ausgeführt, von Ataxie keine Spur zu bemerken: gröbere, durch die gewöhnlichen Untersuchungsmethoden zu erkennende Sensibilitätsstörungen bestehen nicht: trotzdem entfallen kleinere Gegenstände (Nähnadeln etc.) bei feinen Arbeiten (Stricken, Nähen) oft den Händen. Patientin ist in keiner Weise als hysterisch oder „nervös" zu bezeichnen, befindet sich im Uebrigen sehr wohl, hat guten Appetit, reine Zunge etc. Die Kniephänomene sind deutlichst ausgeprägt.

Die mitgetheilten Beobachtungen werden genügen, ein Bild von dem in Rede stehenden Leiden zu geben. Natürlich wechseln bei den einzelnen Individuen die Symptome, speciell in Bezug auf ihre örtliche Ausbreitung und ihre Intensität: im Wesentlichen handelt es sich um permanent vorhandene und anfallsweise in verstärktem Grade auftretende, vorwiegend *subjektive* Sensibilitätsstörungen in den Händen und Fingern. Diese Empfindungen werden im Allgemeinen beschrieben als ein Absterben, Vertodten der Finger, oder als ein Gefühl von Pelzigwerden, Taubheit, Kriebeln und Prickeln oder als Empfindung, als seien die Finger zu dick, als wollten sie platzen etc. Alles das kann auf die Finger beschränkt bleiben, des Oefteren aber nimmt auch die Hand, der Vorderarm daran Theil und wenn die geschilderten

Empfindungen, wie dies häufig angegeben wird, sich bis zur Schmerzhaftigkeit steigern; so kann sich dieselbe bis zum Oberarm, ja bis zur Schulter der betreffenden Seite hin erstrecken. Befallen sind entweder beide Hände (nebst den Fingern) (25 mal bei den 43 Frauen, 3 mal bei den 4 Männern), oder nur eine Hand (10 mal die rechte bei den Frauen, 8 mal die linke, letztere einmal bei einem Manne). In Bezug auf die Füsse und Beine wurden ähnliche abnorme Empfindungen wie an den oberen Extremitäten unter meinen 47 Fällen nur 2 mal angegeben. Nicht immer ist es die ganze Hand und alle Finger, die den Sitz der geschilderten Parästhesien bilden, oft sind es nur einzelne Finger und sogar nur einzelne Glieder einzelner Finger: ein bevorzugtes Auftreten in bestimmten Gebieten *einzelner* Nerven (am ehesten tritt noch das Medianusgebiet in dieser Richtung hervor) besteht eigentlich nicht: es prickeln eben Finger, Hand und Arm, und, worauf ich vielleicht einen gewissen Nachdruck legen darf, es gelingt fast in keinem Falle, bestimmte im Verlaufe eines besonderen Nerven liegende Druckschmerzpunkte nachzuweisen. Was nun die etwa objektiv nachweisbaren Sensibilitätsstörungen betrifft, so waren dieselben in allen meinen Fällen nur geringe: die Berührungs-Schmerz-Temperaturempfindlichkeit, das Gefühl für passiv vorgenommene Lageveränderungen der Finger etc., die Tastempfindung waren, wenn überhaupt, so jedenfalls nur in unbedeutendem Grade gestört, wenigstens was die anfallsfreien Zeiten betrifft: wohl möglich und sogar wahrscheinlich ist es, dass des Morgens nach dem Schlafen*), zu welcher Zeit alle Erscheinungen in vielen Fällen mit vermehrter Intensität auftraten, diese Störungen auch bei objektiver Untersuchung mehr ausgeprägt sind: war es doch um diese Zeit, dass die Kranken in ihren feineren Arbeiten (Nähen, Sticken, Stricken) am meisten behindert waren. Einzelne Kranken klagten wohl auch über eine nach dem Erwachen deutlicher zu Tage tretende, allmählich im Laufe des Tages abnehmende *Schwäche* in der einen oder anderen vorzugsweise befallenen oberen Extremität: wirkliche Lähmungen oder auch nur Paresen habe ich nicht gesehen. Die Ernährung der Handmuskeln hatte in keinem Falle gelitten, atrophische Zustände bestanden nicht, Anomalien der elektrischen Reaktionen fehlten, desgleichen jede wahrnehmbare Färbungsdifferenz an den Fingern einer befallenen oder freien Seite: von Röthung oder Schwellung oder abnormer Blässe war nichts zu bemerken und ebenso wenig durch Zufühlen eine Temperaturdifferenz zu constatiren.

Vorwiegend, wie gleich zu Anfang hervorgehoben, waren es Frauen, an denen ich die mitgetheilten Beobachtungen anstellte: jemehr im Lebensalter vorgeschritten dieselben waren, um so häufiger boten sie die geschilderten Erscheinungen dar: am häufigsten zeigten sich die Frauen zwischen dem 30. und 60. Jahre befallen; jünger als 30 Jahre war

---

*) Hervorzuheben ist, dass die Steigerung der abnormen Empfindungen bis zu wirklichen Schmerzen meistens Nachts während des Schlafes und diesen dann unterbrechend eintraten.

nur eine, über 60 nur 6: die Jahrzehnte von 40—50 und 50—60 weisen die grösste Krankenziffer auf. Die geringe Anzahl meiner Beobachtungen an Männern erlaubt mir nicht, Aehnliches wie bei den Frauen über den etwaigen Vorzug eines bestimmten Lebensabschnitts in Bezug auf die Häufigkeit der Affektion auszusagen: aber auch hier war der jüngste Mann immerhin schon 28 Jahre alt.

Als causale Momente des Leidens glaube ich unter Berücksichtigung der von mir erhobenen *Anamnesen* den Eintritt des klimakterischen Alters, die Gravidität, das Puerperium (besonders nach schweren mit profusem Blutverlust einhergegangenen Entbindungen), Blutarmuth und überhaupt cachektische Zustände, Ueberanstrengung im Beruf (bei Näherinnen, Plätterinnen etc.) und besonders das häufige Handtiren in kaltem Wasser oder die schnell wechselnde Einwirkung verschieden temperirten Wassers auf die Hände (bei Wäscherinnen, Aufwartefrauen etc.) annehmen zu dürfen.

Waren auch einzelne Frauen bleich und anämisch und durch anstrengendere körperliche Arbeiten übermüdet, so war doch auch eine nicht geringe Anzahl, von dem besprochenen Leiden abgesehen, wohl und kräftig. Nach der gegebenen Schilderung wird man kaum an das Bestehen wahrer neuralgischer Zustände bei den betroffenen Individuen denken können. Erstens steigerten sich durchaus nicht bei allen Kranken die beschriebenen abnormen Empfindungen zu wirklichen Schmerzen; nie konnten ferner im Verlauf der Armnerven oder in der Oberschlüsselbeingrube oder an den Dornfortsätzen der Nackenwirbel oder der oberen Brustwirbel Punkte aufgefunden werden, welche bei Druck schmerzten oder von denen aus ein Anfall hätte eingeleitet werden können. Meist waren die verschiedenen, die Haut der Hand und der Finger mit sensiblen Fasern versorgenden Nerven *gemeinsam* befallen, nie aber in dem Grade, wie man es etwa bei isolirten, im Bereich der einzelnen Armnervengebiete vorkommenden Neuralgien beobachtet. Insofern weiter jedes andere Symptom einer gichtischen Diathese, einer Nierenschrumpfung, eines Diabetes fehlte, konnte auch der Gedanke an neuralgische Zustände, wie sie sich bekanntlich auf Grund der genannten Leiden zu entwickeln vermögen, ausgeschlossen werden.

Die Thatsache, dass nicht wenige der Kranken namentlich des Morgens nach dem Schlafe über die in Rede stehenden Erscheinungen klagten, könnte den Gedanken nahe legen, dass man es hier einfach mit den Folgen eines während tiefen Schlafes auf die Armnerven ausgeübten Druckes zu thun habe. Aber schon die Ueberlegung, dass die abnormen Empfindungen häufig doppeltseitig vorhanden waren, dass sie auch am Tage, ohne jede äussere Veranlassung auftraten, dass Lähmungserscheinungen und Anomalien der elektrischen Erregbarkeit fehlten, dass die abnormen Erscheinungen häufig ebenso plötzlich gingen, wie sie kamen, beweisen, dass von einem auf die Armnerven ausgeübten Druck und seinen Folgeerscheinungen in diesen Fällen nicht die Rede sein kann.

Zwar kommen *ähnliche* Dinge vor bei Männern, wie bei Frauen,

welche durch eine gewisse, durch ihren Beruf bedingte häufig wiederholte Manipulation mit bestimmten Werkzeugen einen oft wiederkehrenden Druck auf einen der Handteller z. B. ausüben müssen. Derartige *Beschäftigungsneurosen* sah ich wiederholt bei *Plätterinnen*, bei *Tischlern*, *Schlossern* etc.; hier war vorwiegend das Medianusgebiet afficirt und die nicht allein subjektiv nachweisbaren sondern auch oft sehr deutlich objektiv in Herabsetzung der Empfindlichkeit gegen verschiedene Reize sich documentirenden Sensibilitätsstörungen hielten sich genau an dem Verbreitungsbezirk der Medianusvertheilung für die Hand und Finger, wie ich dies schon wiederholt festgestellt habe. — Aehnliche Dinge sind noch erst in letzter Zeit von Ballet[1]) und früher von Leudet für den Bereich des n. ulnaris beschrieben worden (bei Glasarbeitern etc.) und werden von jenen Autoren als professionelle Paresen (es fanden sich ausgesprochene Atrophien in einzelnen vom n. ulnaris abhängigen Muskeln und elektrische Anomalien) bezeichnet.

In ähnlicher Weise finden sich derartige Erkrankungen ferner bei Cigarrenarbeitern und Arbeiterinnen, wie dies neuerdings von Cöster[2]) beschrieben worden ist. Hier kommt es bei denen namentlich, welche das „Wickeln“ besorgen, zu Schmerzen in den Schultern, welche allmählich auf den ganzen Arm übergreifen, mit Taubsein, Ameisenkriechen einhergehen und speciell die kleinen Handmuskeln, sowie die Beuger und Strecker der Hand und der Finger am Vorderarm betheiligen; sogar atrophische Zustände können sich einstellen. Ich selbst beobachtete einen hierhergehörigen Fall bei einem 34 jährigen, seit 17 Jahren mit Wickeln und Drehen von Cigarren beschäften Mann. Derselbe klagte über ein Taubheitsgefühl und Kriebeln an der Ulnarseite des linken Zeigefingers, das alle Phalangen und die Beuge- wie die Streckseite betraf und sich zeitweilig bis zum Ellenbogen hin erstreckte. Rechts waren die ganze Hohlhand und alle Finger sehr empfindlich: dabei waren aber die Bewegungen alle frei, die elektrische Erregbarkeit unverändert und Atrophie nirgends nachzuweisen.

Dass *wahre Entzündungen* peripherischer Nerven vorkommen, ist theils nie bestritten worden, theils hat ja gerade die neueste Zeit dazu beigetragen, derartige Zustände im peripherischen Nervengebiet genauer kennen zu lernen. — Bei einer derartigen auf einen oder mehrere Nerven isolirten Affection sind, wie ein gleich kurz zu beschreibender Fall illustriren wird, die Symptome doch deutlich von den oben geschilderten abweichend: kaum je fehlt bei dem isolirten, an einem einzelnen Nerven auftretenden Prozess lebhafter, durch Druck entweder im ganzen Verlauf oder an bestimmten Stellen des Nerven nachweisbarer Schmerz; und ein Ergriffensein auch der motorischen Fasern, Lähmungen, Atrophien und elektrische Erregbarkeitsveränderungen in dem zu dem afficirten Nerven zugehörigen Muskelgebiet können fast immer nachgewiesen werden. So beobachtete ich z. B. eine 58 jährige Frau, welche über lebhafte Schmerzen im linken Arm und der linken Schulter, sowie über Schwäche des linken Daumens

und Zeigefingers klagte. Längs des ganzen Innenrandes des Biceps war Druck auf den n. medianus höchst empfindlich: die linksseitigen Daumenballenmuskeln reagirten in deutlichstem Gegensatz zu den rechtsseitigen auf starke unterbrochene Ströme nicht, wohl aber bei direkter Reizung in träger Weise so, dass die ASz der Ka Sz gleich war. Interessant war hier noch das Faktum, dass bei objektiver Untersuchung Sensibilitätsstörungen im Medianusgebiet an den Fingern *nicht* nachgewiesen werden konnten.

Des Weiteren könnte man, nur die Störungen der sensiblen Sphäre in Betracht ziehend, daran denken, es mit Abortivfällen von „Tetanie“ zu thun zu haben, woran vielleicht auch das Auftreten der Neurose bei eben Entbundenen erinnern würde. Nun kommt aber die Tetanie, soweit wir bis heute wissen, vorwiegend bei jüngeren Individuen (bis zu 30 und 40 Jahren) vor, während unsere Kranken der Mehrzahl nach späteren Jahrzehnten angehörten; und weiterhin werden bei unseren Leidenden wirkliche *Krämpfe* der Beugemuskeln stets vermisst. Während die Tetanie meist oder immer doppeltseitig auftritt, findet man in den hier besprochenen Fällen die Erscheinungen oft einseitig, *ohne* die so charakteristischen Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit, wie sie bei der Tetanie gefunden wurden, *ohne* das bekannte Trousseau'sche Symptom verlaufend, *ohne* Erhöhung der mechanischen Nervenerregbarkeit und *meist ohne* jede Betheiligung der unteren Extremitäten.

Da ferner von etwa vorangegangenen akuten namentlich Infektions-Krankheiten, welche als Folgezustände Sensibilitätsstörungen und Ataxie an den oberen Extremitäten hinterlassen könnten, nichts berichtet wurde, so muss auch der Gedanke an derartige posttyphöse, postdiphtherische Neurosen etc. zurückgewiesen werden, um so mehr, als hierbei Störungen der Motilität oder Sensibilität in den unteren Extremitäten wohl kaum ganz fehlen dürften. — Auch schwerere organische Läsionen des Rückenmarks konnten mit Sicherheit ausgeschlossen werden: es kommt ja vor (ich selbst behandle zur Zeit wieder einen solchen Patienten), dass die beginnende Tabes sich in seltenen Fällen vorwiegend in schwerer Sensibilitätsstörung und hochgradiger Ataxie der *oberen* Extremitäten äussert, während die Erscheinungen an den Beinen (mit Ausnahme des Vorhandenseins des Westphal'schen Phänomens) sich wenig oder gar nicht ausgeprägt zeigen: immerhin wird für den aufmerksamen Beobachter die differentielle Diagnose leicht sein, zumal ja vorwiegend *Frauen* und diese in vorgerückterem Lebensalter mit der oben geschilderten Neurose zur Beobachtung kommen, bei denen übrigens das Kniephänomen in allen Fällen, wo auf dasselbe geachtet wurde (und es war dies die Mehrzahl) als vorhanden notirt war.

Die in Rede stehenden Dinge einfach mit der Bezeichnung „hysterisch“ abzufertigen, geht meiner Meinung nach nicht an. Die Patientinnen waren meist 40—50 Jahre ihres Lebens gesund und von nervösen Beschwerden frei gewesen; auch liessen sich weitere Zeichen der Hysterie bei den schon bejahrten Frauen weder in Bezug auf ihre

Psyche noch in Bezug auf ihre sensorischen Funktionen und die allgemeine Sensibilität der Hautdecken (Hemianästhesie etc.) nachweisen. —

Schliesslich erübrigt noch an diejenigen Formen von Sensibilitätsstörungen zu erinnern, welche bei Säufern zur Beobachtung kommen. So hat Lancereaux[3]) z. B. bei solchen Individuen Aufhebung der Empfindlichkeit der Fusssohlen für Kitzel und Fehlen jeglicher Reflexerscheinung gesehen. Die Hautempfindlichkeit war an den unteren Extremitäten bis unterhalb des Knies, an den oberen bis unterhalb des Ellenbogens von den Füssen bezw. von den Händen ab in hohem Grade herabgesetzt. Auch ich hatte mehrfach Gelegenheit, derartige Kranke zu untersuchen: es waren Männer, deren Klagen sich in der That in der von Lancereaux hervorgehobenen Richtung bewegten (Parästhesie an den Händen, ein- oder doppelseitig, sich nicht ganz bis zum Ellenbogen hin erstreckend), bei denen aber der erste Blick auf die zitternden Hände und eine selbst oberflächliche Anamnese das ätiologische Moment, abusum spirituosorum, sofort klar legte. Darum also, das darf ich mit Sicherheit behaupten, handelte es sich bei den von mir beobachteten *Frauen*, nicht.

Bei den an den Extremitäten beobachteten sogenannten vasomotorischen Neurosen kommen, soweit wir sie als Analoga oder als Erklärung der oben geschilderten Zustände verwerthen wollen, drei Formen in Betracht. — Den Gedanken, es in unseren Fällen mit einer sogenannten lokalen Asphyxie[4]) der Extremitäten zu thun zu haben, dürfen wir wohl kurz von der Hand weisen: asphyktische Zustände, abnorm blasse oder livide bläuliche Verfärbung der Haut, objektiv nachweisbare Temperaturherabsetzung, Substanzverluste der Haut, Betheiligung der Nasen- und Ohrenmuschelhaut oder gar gangränöse Zustände wurden durchaus vermisst. — Freilich wurde eine längere Einwirkung einer differenten speciell niedrigen Temperatur in nicht wenigen Fällen (einmal auch an einem Manne [Maurer]) als eine Ursache des Leidens hervorgehoben: aber weit entfernt, dass die abnormen Empfindungen gerade bei Kälteeinwirkung sich zeigten, betonten nicht wenige der Kranken, dass gerade die Wärme, das Handtiren mit warmem Wasser oder die Bettwärme ihr Leiden vermehrte.

Ebensowenig handelte es sich um die als Erythromelalgie oder paralysie vasomotrice des extrémités von den Franzosen speciell von Lannois[5]) beschriebene Neurose. Hier findet sich umgekehrt eine congestive Schwellung, Röthung, Temperaturerhöhung und Schmerzhaftigkeit der Glieder, speciell der *Füsse*, welche das Gehen erschwert und die davon befallenen Individuen (vorwiegend *Männer* zwischen 30 und 40 Jahren) erheblich in ihren Beschäftigungen hindert. Kälteeinwirkung lindert das Leiden. Es braucht wohl nicht vieler Worte weiter, um darzuthun dass es sich um *diesen* Symptomencomplex in unseren Fällen *nicht* handelt. Am meisten erinnern die beschriebenen Erscheinungen an die als vosomotorische Neurose bezeichnete Krankheit, wie sie Martin[6]) und ganz besonders Nothnagel[7]) schon vor Jahren speciell bei Wäscherinnen, Dienstmädchen etc. beschrieben

haben und doch finden sich in unseren Fällen auch wieder nicht unerhebliche Abweichungen von dem dort gezeichneten Bilde. Auch die Nothnagel'schen meist weiblichen Kranken (14 im Ganzen) gehörten der arbeitenden Klasse an: ihr Alter schwankte zwischen 20 und 50 Jahren; die Hände und Finger wurden „blass, ganz weiss, kreideweiss" (freilich meist nur in den paroxysmenartigen Anfällen), die Temperatur der Hände war herabgesetzt, die Sensibilität auch bei objektiver Untersuchung vermindert: beim Handtiren in warmem Wasser liessen die Erscheinungen bis zum Verschwinden nach etc.

Trotz der hier hervorgehobenen Differenzen der von Nothnagel beschriebenen Erscheinungen und der von mir erhobenen Befunde muss ich doch zugestehen, dass ich die grosse Analogie zwischen seinen und meinen Beobachtungen keinen Augenblick verkenne. Betonen muss ich aber, dass diese älteren Nothnagel'schen Mittheilungen es nicht waren, welche mich zu einer genaueren Beachtung der sich mir mit den geschilderten Klagen vorstellenden Patienten antrieb, *da mir eben die von jenem Autor in den Vordergrund gestellten und für die Erklärung der Erscheinungen herbeigezogenen spastischen Symptome* an den Gefässen *keineswegs augenfällig entgegentraten.*

Vielmehr waren es Mittheilungen vornehmlich englischer und amerikanischer Autoren, welche mich durch ihre Beschreibungen der hier besprochenen Affektion zum Studium dieser eigenartigen Neurose angeregt haben. Ich nenne hier zunächst J. Putnam[8]), welcher im Jahre 1880 unter der Bezeichnung Series of cases of paraesthesia, mainly of the hands, of periodical recurrence, and possibly of vasomotor origin hierhergehörige Beobachtungen (meist bei Frauen zwischen dem 20. und 40. Lebensjahre) bekannt gegeben hat: obgleich anämische Frauen die Mehrzahl seiner Patienten ausmachten, waren doch auch gesunde Frauen und Männer nicht verschont. Phosphor und Strychnin erwiesen sich als wirksam bei der Behandlung: zu Grunde läge nach P. eine mangelhafte Versorgung der Endausbreitungen der sensiblen Fingernerven mit Blut; am meisten sei das Leiden der von Berger[9]) an den unteren Extremitäten beschriebenen Parästhesie ähnlich. Dieser Autor beobachtete im Jahre 1879 bei 6 *jugendlichen* (4 männlichen, 2 weiblichen Kranken) eine *anfallsweise auftretende Parästhesie in den unteren Extremitäten*: die krankhaften Sensationen von Stechen, Brennen etc. begannen meist nach längerer Ruhe im Anfang des Gehens, oft von der Hüfte nach abwärts gehend, oft aufsteigend, meist einseitig, selten in die obere Extremität ausstrahlend und verbinden sich mit einem die Bewegung hindernden bedeutenden Schwächegefühl. Zeitweilig wurden dabei Constriktions- (Gürtel-) gefühle empfunden. Objektiv war bei den Leidenden nichts wahrzunehmen; mit Sicherheit brachte nur der Gebrauch von Arsenik Linderung. Selbst nach Jahre langem Bestehen ist (nach Berger) ein weiteres Fortschreiten der Krankheit durch Hinzutreten anderer centraler Symptome nicht zu fürchten.

Im Jahre 1883 hat ferner Ormerod[10]) durch die Mittheilung von 12 an Frauen angestellten Beobachtungen auf's Neue die Auf-

merksamkeit auf die hier besprochene Neurose hingelenkt. Seine Erfahrungen stimmen im Wesentlichen mit den meinen überein: auch er hebt als besonders charakteristisch das Geschlecht seiner Patienten (Frauen), deren Alter (das klimakterische), das *Fehlen* spastischer vasomotorischer Erscheinungen, das seltene Vorkommen beim Manne, das Fehlen anderer, als hysterischer zu deutenden Symptome, die oft vorhandene Anämie hervor. In ähnlicher Weise besprach ferner Sinkler (1884)[11]) diesen Symptomencomplex, den er bei 9 Kranken vorgefunden hat.

Auch seine Kranken waren vorwiegend Frauen im höheren Alter: objektiv nachweisbare Sensibilitätsstörungen konnten zumeist nicht nachgewiesen werden: die Mehrzahl der Leidenden stand in einem Alter zwischen 48 und 60 Jahren; 30 Jahre alt war nur eine; die meisten Kranken waren sonst gesund, einige aber anämisch und überarbeitet etc. Es ist nicht meine Absicht, ausführliche Referate über diese beiden Arbeiten Ormerod's und Sinkler's zu geben: das Gesagte wird genügen, die Uebereinstimmung ihrer Untersuchungsergebnisse mit den meinigen darzuthun. Anders hat sich in neuester Zeit Saundby[12]) über diese Zustände geäussert: nach ihm kämen zwar bei Frauen und Männern diese Erscheinungen vor, die ausgeprägtesten Fälle aber fänden sich gerade bei Männern, immer übrigens bei solchen, die mindestens das 25. Lebensjahr überschritten hätten. Nach ihm wieder sollen die Hände im Anfalle bläulich, die art. radiales eng werden: als Grundursache betrachtet er das Vorhandensein dyspeptischer Zustände, durch deren Bekämpfung auch das Leiden an den Extremitäten gebessert würde. —

Schliesslich scheint auch Buzzard[13]) in seinem der jüngsten Zeit angehörigen Vortrag über einige auf peripherische Neuritis zurückzuführende Lähmungsformen ähnliche Zustände beobachtet zu haben: immer waren es ältere Individuen, welche solche Erscheinungen darboten, die übrigens durch wenn auch leichte, jedoch nachweisbare paretische Zustände und deutlichen Anomalien der elektrischen Erregbarkeit in den betreffenden Nerven- und Muskelgebieten complicirt waren. Buzzard betont als causales Moment die in fast keinem seiner Fälle vermisste *„gichtische“* Diathese.

Damit wäre, so viel ich weiss, die Aufzeichnung der Autoren, die den beschriebenen Symptomencomplex zum Gegenstand ihrer Untersuchungen gemacht haben, erschöpft: denn die von den englischen und amerikanischen Autoren herangezogenen Aeusserungen Weir Mitchell's (über welche man in jenen Arbeiten nachlesen möge) scheinen sich doch wohl mehr auf wirklich (durch irgend welche Affektion) hemiparetisch gewordene oder auf ausgesprochen hysterische Personen zu beziehen, worauf auch die ausdrücklich hervorgehobene und als *häufig* betonte Betheiligung des Gesichts und der Zunge an den Anfällen hindeutet. Weir Mitchell hat diese Zustände als night-palsy oder nocturnal hemiplegia bezeichnet.

Die Entscheidung über die Frage, ob man es bei dem geschilderten Leiden mit einer rein peripherischen, durch mehr oder weniger

schwere Läsionen der sensiblen Nerven bedingte Neurose zu thun habe, oder ob, wie einige Autoren dies wollen, krampfhafte oder lähmungsartige Zustände in dem die vasomotorischen Centra enthaltenden Rückenmark die Veranlassung zu den Krankheitserscheinungen geben, ist schwer zu treffen. Berücksichtigt man die oben von mir hervorgehobenen ätiologischen Momente, so wird man eher auf den Gedanken kommen, dass *es nicht angeht, für alle Fälle ein und dasselbe causale Moment* anzunehmen. Für nicht wenige Kranke mag die Ansicht Sinkler's von der durch das klimakterische Alter begünstigten Hyperämie des Rückenmarks und deren Steigerung durch die tiefere Lage des Markes während des Schlafes Geltung haben: in anderen mag die längere Zeit einwirkende Schädigung peripherischer sensibler Nerven durch differente (besonders niedrige) Temperaturen einen Reizzustand in den vasomotorischen Centren des Marks geschaffen haben, durch den es (vermittelst abnorm lange anhaltender Gefässcontraktion) auch ohne deutlich nachweisbare peripherische Einwirkung zu einer die Funktion der Nerven beeinträchtigenden, mangelhafteren Blutversorgung kommen kann; wieder in anderen Fällen mögen es direkte Veränderungen der peripherischen sensiblen Nerven sein, die durch dauernde einseitige Beschäftigung oder die anhaltende Einwirkung niedriger Temperatur hervorgebracht worden sind. Ob sich in allen oder auch nur in einigen solcher Fälle wirklich pathologisch anatomische Veränderungen (neuritischer Natur nach der heut gangbaren Nomenclatur) werden nachweisen lassen, ist natürlich nicht vorherzusagen: immerhin halte ich dies, die Erfahrungen über das Vorkommen peripherischer Neuritis bei Tabes, Tuberkulose, Diphtherie etc. berücksichtigend, für sehr wahrscheinlich. Ein in neuester Zeit von mir beobachteter Fall scheint mir nach dieser Richtung hin so charakteristisch, dass ich ihn, obgleich fast an den Schluss meiner Betrachtungen angelangt, hier noch anzuführen will. Im April des Jahres 1885 nahm eine 21 jährige, gesund und kräftig aussehende Person meine Hilfe wegen einer schon längere Zeit bestehenden, plötzlich eingetretenen Gefühlsstörung in ihrer rechten Hand in Anspruch. Sie hatte ihre rechte Hand längere Zeit in sehr warmem Wasser gehabt und sie im Verfolg häuslicher Beschäftigung *bald* hernach in sehr *kaltes* Wasser tauchen müssen. Unmittelbar darauf trat eine Gefühllosigkeit der rechten Hand (fast bis zum Ellenbogen hin sich erstreckend, da auch der Vorderarm mit eingetaucht war) ein. Die Schmerzempfindlichkeit für Nadelstiche, den elektrischen Pinsel war enorm herabgesetzt: in die Hand gelegte Gegenstände wurden durch Zutasten (bei Augenschluss) nicht erkannt, ebensowenig passiv mit den rechten Fingern vorgenommene Lageveränderungen: eine Nadel konnte nicht mehr gehalten, ein Knopf nicht mehr geknöpft werden. Dabei war die Bewegungsfähigkeit der Hand und Finger und die elektrische Erregbarkeit ihrer Muskeln nicht gestört, die Sensibilität des rechten Oberarms durchaus intakt, desgleichen die der rechten Gesichtshälfte, keine Anomalien in der Funktion der *rechts*seitigen Sinnesorgane, absolut intakte linke obere Extremität. Keine Anomalien an den unteren Extremitäten: Psyche

normal; die Kranke ist ruhig, freundlich, *nicht* hysterisch. Ohne weiter auf die Analyse der mitgetheilten Symptome näher eingehen zu wollen, darf ich wohl aussprechen, dass es sich in diesem Falle höchstwahrscheinlich um eine durch den plötzlichen und jähen Temperaturwechsel herbeigeführte lokale Läsion der sensiblen Nerven oder ihrer Endausbreitungen selbst gehandelt hat. —

Betreffs der *Therapie* der im Vorangegangenen ausführlich besprochenen Neurose hat man zunächst die causalen Momente in dem Sinne zu berücksichtigen, dass man nachgewiesene Schädlichkeiten, soweit augänglich, zu entfernen sucht. Dies wird sich auf die Behandlung von anämischen und cachektischen Zuständen erstrecken, auf das Verbot der Arbeit in zu hoch bezw. zu niedrig temperirtem Wasser, in Anempfehlung von Schonung und Ruhepausen bei mit Handarbeiten überbürdeten Personen etc. etc.

Putnam fand den Gebrauch von Phosphor und Strychnin, Ormerod Bromkalium, Sinkler Ergotin heilsam: Letzterer empfiehlt zugleich spinale Galvanisation und Massage. Ich selbst habe diese Behandlungsart in einigen Fällen mit Vortheil in Anwendung gezogen und die faradische Pinselung behufs Reizung der peripherischen Hautnerven zugefügt: einigemale schienen mir grössere Gaben Chinin (0,5—1,0 grm.) des Abends gegeben die nächtlichen Schmerzanfälle erfolgreich zu lindern, in anderen brachte Bromkalium Beruhigung; in vielen Fällen aber, und darin schliesse ich mich dem Ausspruch Sinkler's an, können alle diese Massnahmen nur temporäre Hilfe bringen, so dass die *Prognose* in Bezug auf vollkommene, recidivfreie Wiederherstellung eine nicht gerade günstige genannt werden kann. Berger's Empfehlung des Arseniks für die von ihm beschriebenen Parästhesien der unteren Extremitäten könnte vielleicht mit Vortheil für die verwandten Neurosen der oberen in Anwendung gezogen werden. —

Literatur.

1) G. Ballet: Accidents consécutifs à la compression habituelle du cubital chez un ouvrier employé à ouvrager le verre. Revue de Médecine. 1884. Nro. 6.
2) Cöster: Zum Capitel über Arbeitsparesen. Berl. klin. Wochenschrift. 1884. Nro. 51.
3) Lancereaux: Anésthésie symmétrique des extrémités chez les buveurs de liqueurs fortes. Gaz. des hôp. Nro. 89. 1883.
4) Vgl. Bernhardt: Arch. f. Psych. XII. Heft 2 (dort die Literatur).
5) Lannois, M.: Paralysie vasomotrice des extrémités ou erythro melalgie. Paris 1880. 71 Seiten.
6) Martin, C.: Ueber eine Quelle des Zustandekommens der mehr complicirten Nervenzufälle. Speyer 1855.
7) Nothnagel, H.: Zur Lehre von den vasomotorischen Neurosen. Deutsches Arch. f. klin. Med. II. S. 173. 1867.

8) Putnam, J.: Series of cases of paraesthesia, mainly of the hands, of periodical recurrence, and possibly of vasomotor origin. Archives of Med. 1880 October.
9) Berger: Ueber eine eigenthümliche Form von Paraesthesie. Bresl. Aerztl. Zeitschr. 1879. Nro. 7 u. 8.
10) J. A. Ormerod: On a peculiar numbress and paresis of the hands. St. Barthol. Hosp. Rep. XIX. 1883.
11) W. Sinkler: A form of numbress chiefly of the upper extremities. Philad. Med. Times 1884. Aug. 9.
12) R. Saundby: On a special form of numbress of the extremities. Lancet 1885. II. Nro. X.
13) Th. Buzzard: On some forms of paralysis dependent upon peripheral neuritis. Lancet 1885. Nro. 25.

II.

Der Oesterreichisch-ungarische Psychiatertag zu Wien am 26. December 1885.

Von Professor Dr. OBERSTEINER in Wien.

Im Sinne des Beschlusses des internationalen Congresses für Phreniatrie in Antwerpen vom 8. September 1885, wurden die österreichischen und ungarischen Fachmänner zu einem Psychiatertag eingeladen.

Es sollte ein Questionär als Basis für eine internationale Irrenstatistik vereinbart und zugleich entsprechend die Nomenclatur für die verschiedenen Formen von Geistesstörung festgestellt werden.

An der Versammlung, welche unter dem Präsidium von Prof. Benedikt am obengenannten Tage in der nieder-österreichischen Landes-Irrenanstalt zu Wien stattfand, betheiligten sich circa 50 Statistiker und Irrenärzte aus den verschiedenen Theilen von Oesterreich und Ungarn. Als erster Gegenstand der Tagesordnung kam das Referat des Directors San.-Rath Gauster zur Verhandlung. Ueber Erhebung der Geisteskranken ausser Anstalten. Es wurden nachstehende Punkte vereinbart:

1) Eine Erhebung der ausser den Irrenanstalten befindlichen Kranken ist nothwendig.
2) Dieselbe sollte bei der Volkszählung, dann jährlich durch die Gemeinden und die Ausweise der Versorgungshäuser und anderer Asyle, sowie der Gefängnisse durchgeführt werden.
3) Bei der Erhebung gelegentlich der Volkszählung ist bloss der Nachweis des Geschlechtes und Alters, in den übrigen Fällen auch der Nachweis des Umstandes, ob die Geistesstörung angeboren oder später erworben ist, zu liefern.
4) Im Interesse der ständigen Klarstellung der ausser Anstalten vorhandenen Irren wäre die Einführung von Grund- oder Standesbüchern anzuempfehlen, die in jeder Gemeinde die dort domicilirenden Geisteskranken zu verzeichnen hätten.

Der zweite Punkt der Tagesordnung war die Feststellung einer Eintheilung der Geisteskrankheiten für Anstaltsstatistik — Referent Hofrath Meynert.

Nachstehende Eintheilung wurde von der Versammlung angenommen:

1) *Idiotie* mit Einschluss des Cretinismus und der angeborenen Imbecillität.

2) *Einfache Geistesstörung.*

a. acute: Melancholie,
Manie,
Wahnsinn,
primärer Blödsinn.

b. chronische: primäre Verrücktheit,
intermittirende Geistesstörung,
secundäre Geistesstörung.

3) *Complicirte Geistesstörung.*

a. paralytische,
b. epileptische und hysteroepileptische,
c. mit Herderkrankungen.

4) *Toxische Geistesstörung.*

a. Delirium alcoholicum,
b. andere toxische Geistesstörungen.

5) *In Beobachtung stehende Individuen*, z. B. Selbstmordversuche, Delicte u. s. w.

Als imperativ hätten nur die 5 Hauptgruppen zu gelten, während die weiteren Unterabtheilungen lediglich als facultativ anzusehen sind.

Bezüglich der übrigen statistischen Nachweise, namentlich die ätiologischen Momente betreffend, wurde beschlossen, die in Deutschland gegenwärtig in Gebrauch stehenden Zählblättchen zu acceptiren.

Die Sitzung vom 27. December wurde nach Wunsch von Prof. Benedikt, nachdem die Tagesordnung bereits in der ersten Sitzung erschöpft war, der Berathung über die Beziehungen zwischen Irren- und Gefängnisswesen gewidmet.

II. Referate und Kritiken.

33) **Friedr. Betz** (Heilbronn): Plötzlicher Verlust des Wärmesinns der linken Hand. (Memorabilien 1885. 8. Heft.)

Veranlasst durch das in Nro. 20 d. C.-Bl. vom vorigen Jahre enthaltene Referat über den Vortrag von Herzen in Lausanne, „über die Spaltung des Temperatursinnes in zwei gesonderte Sinne“ theilt Verf. folgende ältere, ihm erst jetzt erklärliche Beobachtung mit. Ein 25 jähriger Maler wurde vor 5 Jahren plötzlich von einer Schwäche des linken Armes befallen, welche Anfangs uncomplicirt war. Als Pat. sich aber zufällig eine Verbrühung der Hand durch heisses Wasser

zuzog, bemerkte er, dass er keine Empfindung davon hatte. Die Hand war für jeden Wärmegrad eines Körpers ganz unempfindlich und nur ein prickelndes Gefühl und das Auftreten von unwillkürlichen Zuckungen am Arm bekundeten, dass ein Körper heiss war. Ganz anders verhielt es sich mit dem Kältesinn, der so gesteigert war, dass selbst der Regentropfen, der auf die kranke Hand fiel, den unangenehmsten Kälteeindruck hervorrief. Er musste sich desshalb auch vor jeder Kälteeinwirkung schützen. Es waren also auf der einen Seite Lähmung der Wärmeempfindungsnerven, auf der anderen Seite krankhaft gesteigerte Function der Kälteempfindungsnerven vorhanden. Der Tastsinn war nicht auffällig verändert. Gegenwärtig besteht bei dem Pat. die Muskelschwäche links noch fort; der Wärmesinn ist jetzt ein besserer wie vor 5 Jahren aber immer noch schwächer als rechts; ebenso ist der Kältesinn noch abnorm gesteigert. Erlenmeyer.

---

34) **A. Kast** (Freiburg i. B.): Ueber Störungen des Gesangs und des musikalischen Gehörs bei Aphasischen. (Aerztl. Intelligenzbl. Nro. 44. 1885.)

Obgleich die Störungen des musikalischen Gefühls und seines Ausdrucks mit der aphasischen Störung an sich nicht in unmittelbarer Beziehung stehen, so werden doch nicht selten bei Aphasie auch auf dem Gebiete der musikalischen Leistungsfähigkeit krankhafte Veränderungen zu finden sein, welche aber schwer festzustellen sind. Da die hiehergehörigen klinischen Beobachtungen gering sind, so glaubt Verf. durch Mittheilung eines genau beobachteten Falles das Interesse für derartige Untersuchungen zu wecken. Ein 15 jähriger Bauernsohn war vom Wagen gestürtzt und rücklings gegen den Leiterbaum und die spitzkantigen sogenannten Leisten gestürzt. Er verlor das Bewusstsein und erwachte nach mehreren Stunden rechtsseitig gelähmt und ausser Stande, ein Wort zu sprechen, verstand aber nur, was zu ihm gesprochen wurde. Die Motilität des rechten Beines kehrte nach 2—3 Wochen bis zu einem gewissen Grade zurück, nach ca. 3 Wochen vermochte Pat. einige Worte zu sprechen. Bei der Aufnahme in's Spital war rechtsseitige Hemiplegie mit ziemlich erheblichen Contracturen vorhanden, die Sprachstörung charakterisirte sich als Broca'sche *Aphasie*, complicirt durch die bereits vollzogene Wiederherstellung des Nachsprechens und durch mangelndes Schriftverständniss. Da Patient nach Angabe seines Begleiters „ein hervorragendes Mitglied" seines heimathlichen Gesangvereins gewesen war, so interessirte es den Verf., die event. Störung seiner musikalischen Fähigkeiten zu untersuchen. Es zeigte sich dabei, dass der Rythmus der Melodie stets richtig getroffen und jede Note nach ihrem Werthe gehalten ward, dagegen durchaus unrichtige Töne und falsche Intervalle zu Tage kamen. Auch Nachsingen von Tönen gelang zu eigenem Verdrusse dem Pat. nicht, welcher aber bei von ihm angegebenen Tönen, die Verf. nachzusingen hatte, jedes Mal jede geringe Abweichung erkannte. Bei einer erneuten Untersuchung nach 2 Jahren zeigte sich der Sprachschatz des Pat. nicht unerheblich erweitert, die Summe der Worte, die er zu schreiben vermochte, ver-

grössert. Auch der musicalische Defect erschien geringer, da eine Anzahl von Tönen richtig nachgesungen, auch kurze Tonfolgen correct wiedergegeben werden konnten; doch sang er spontan immer noch sehr falsch. Das musicalische Gehör war ziemlich gut, wie sich durch Vorspielen unrichtiger Accorde von geringer Abweichung erwies. Verf. folgert daraus mit Recht, dass auch bezüglich der musicalischen Fähigkeit eine Trennung der motorischen und sensorischen Function, ähnlich wie bei der Sprache, und eine Anknüpfung derselben an verschiedene anatomische Gebilde angenommen werden muss. Die eine wie die andere der beiden Componenten kann verloren gehen. Eine eingehendere Rücksichtnahme auf Störungen des Gesanges und musicalischen Gehörs bei Aphasischen dürfte „zur Klärung mancher Fragen der musicalischen Psychologie einerseits und zur Gewinnung concreterer Vorstellungen über die bei der musicalischen Leistung in Betracht kommenden Gehirntheile andererseits nicht unwesentlich beitragen".

Goldstein (Aachen).

---

35) **J. Hughlings Jackson** (London): Ophthalmology and diseases of the nervous system. (Ophthalmologie und Krankheiten des Nervensystems.) (The Lancet 21. November 1885.)

Es wird der Modus der Entstehung der Augenkrankheiten aus denen des Centralnervensystems vorzugsweise an der Epilepsie erklärt, weil dieselbe als eine Corticalerkrankung, während eines Anfalles und nach einem solchen sensorielle und motorische Störungen darbietet.

Deuten diese Erscheinungen darauf hin, dass die epileptische Décharge, um zur Peripherie zu gelangen, alle Centren in absteigender Richtung durchschreitet und dieselben, indem sie sich auf diesem Wege immer mehr und mehr abschwächt, in einen entsprechend abnehmenden Erschöpfungszustand versetzt, so geht hieraus hervor, dass das Organ des Bewusstseins, des Willens, Gedächtnisses, der Vernunft und Emotion eine Kette sensorieller und motorischer Centren darstellt.

Pauli (Köln).

---

36) **J. Milner Fothergill**: Asthma. (The medic. Record 8. August 1885.)

Verf. bespricht kurz die Entstehung der verschiedenen unter dem Namen Asthma zusammengefassten Symptomen-Complexe und geht dann etwas näher auf die betreffende Behandlung ein. Der *Anfall des* (primären, spasmodischen) *Bronchialasthma* geht oft vorüber nach Einathmung verschiedener „rauchender" Mittel (Salpeter, Stramonium etc.), zuweilen erst nach Einnahme eines Brechmittels (Ipecac.); in der anfallsfreien Zeit empfehlen sich Belladonna, Ipecac., Arsenik, Ortsveränderung, Beseitigung der oft vorhandenen allgemeinen Nervosität, Aufgeben gewisser zu Bronchitiden disponirender Gewerbe u. s. w. (merkwürdigerweise erwähnt Verf. das Jodkali nicht!) — Gegen das durch *irgend welche Herzfehler entstehende* Asthma sind zur Entlastung des rechten Ventrikels der Aderlass, event. und vielleicht gleichzeitig Stimulantien (heisse Umschläge auf die Herzgegend, Alcohol, Ammonium,

Digitalis etc.) angezeigt. — In Fällen von *gichtischem Asthma* empfehlen sich starke Abführmittel, während da, wo durch Gasansammlung in dem Verdauungskanal Dyspnoe entsteht, Mittel zum Aufstossen, Erbrechen u. s. w. zu helfen pflegen. Voigt (Oeynhausen).

---

37) **v. Ziemssen** (München): Neuralgie und Neuritis bei Diabetes mellitus. (Aerztl. Intelligenzbl. Nro. 44. 1885.)

Verf. macht auf die im Gefolge des Diabetes mellitus auftretenden häufig so hartnäckigen Neuralgien aufmerksam. Zwischen beiden Prozessen scheint ein Causalnexus zu bestehen, denn die Intensität der Neuralgien steigt und fällt mit der Grösse der Zuckerausscheidung. Verschiedene in den letzten Jahren v. Verf. beobachtete Fälle machten es wahrscheinlich, dass diesen Neuralgien zum Theil eine chronische Neuritis zu Grunde liegt. Zwei Fälle von Diab. mell. höheren Grades zeigten lebhafte Neuralgien im Gebiete des Ischiadicus. In einem dieser Fälle bestand ein gangränöses Geschwür an der grossen Zehe, welches erst bei antidiabetischem Regimen und dem inneren Gebrauche von Alkalien zur Heilung kam. Bei einem dritten Falle, einer 50 jährigen Dame, bestand seit 2 Jahren Neuritis n. uln. sinistr. Ulnarisstamm im Sulc. ulnar. des Condyl. intern. humeri deutlich verdickt zu fühlen, die vom N. ulnaris innervirten Muskeln mässig atrophirt, leicht rigid, exquisite athrophische Glanzhaut am kleinen und Ringfinger. Später, nachdem die Erscheinungen links gebessert, etablirte sich derselbe Prozess im rechten N. ulnaris in geringerem Grade. Verf wirft die Frage auf, ob wir es hier nicht mit einer Intoxications-Wirkung der Umsetzungsprodukte des Blutzuckers zu thun haben, analog der chronischen Neuritis der Alkoholiker (Moeli, Lancereaux). Für die Praxis ist zu beachten, in keinem Falle hartnäckiger (ein- und beiderseitiger) Ischiadicusneuralgien die Untersuchung des Harnes auf *Zucker* zu unterlassen. Goldstein (Aachen).

---

38) **Dyce Duckworth** (London): Clinical lecture on subacute arterior spinal paralysis in the adult. (Klinischer Vortrag über die subacute vordere spinale Lähmung Erwachsener.) (The Lancet. 14. November 1885.)

Ein mitgetheilter Fall von der vorstehenden Krankheitsform gibt zu folgenden Bemerkungen Anlass.

Dieselbe, mit der Kinderparalyse nahe verwandt, gleicht dieser auch insofern, als hier nur kräftige Kinder und dort nur ebenso beschaffene Erwachsene, die das 35. Jahr noch nicht überschritten haben, ergriffen werden, jedoch mit der Modification, dass bei letzteren sich die Lähmung auf die oberen und unteren Extremitäten erstreckt und demnach zwei Krankheitsherde, einen im cervicalen und einen im lumbalen Theile der Medulla vorhanden sind, während Kinder den Vorzug haben, dass nur ein solcher Herd im cervicalen Theile vorhanden und die Motilitätsstörung daher nur auf die oberen Gliedmassen beschränkt ist.

Gegen die im obigen Falle in Frage kommende Affection, die

entschieden besonders in subacuten Fällen zur Heilung tendirt, wurde auf die Empfehlungen Brown-Séquard's hin Belladonna in grossen Dosen gegeben.

Nach Eintritt einer sichtlichen Besserung kommen neben electrischer Behandlung Eisen, (Chinin und Strichnin,) Leberthran und diaeta roborans mit gutem Erfolge zur Anwendung.

Pauli (Köln).

---

39) **P. Gibney** (New-York): Compression myelitis of Pott's disease success fully treated by large doses of potassium jodide. (Compressions-Myelitis in Folge Pott'scher Krankheit erfolgreich behandelt mit grossen Dosen Jodkali.) (The medic. Record 24. October 1885.)

G. erläutert an einer Reihe ausführlich mitgetheilter Fälle seine Behandlungsmethode der Compressions-Myelitis, nachdem er sich über die Pathologie derselben kurz ausgelassen, und empfiehlt sie als ausgezeichnet, da es durch sie meist innerhalb 3—4 Monaten gelinge, die betreffenden Kranken zu heilen. Seine Vorschriften lauten:

1. Mache so schnell als möglich die Wirbelsäule unbeweglich, namentlich in der Gegend der kranken Wirbel.
2. Beginne mit 10 Grains Kal. jod. in Mineralwasser (Vichy), 3 mal täglich nach der Mahlzeit.
3. Vermehre die Dosis täglich um 5 Grains, bis der Magen gegen das Mittel empfindlich wird.
4. Setze die grösste vom Magen vertragene Dosis bis zur Heilung fort.
5. Der resp. die angewandten Immobilisirungsapparate müssen stets passend und in Ordnung sein.
6. Der Patient soll den grössten Theil des Tages liegen, niemals stehen, höchstens halb rückwärts gelehnt sitzen.
7. Die allgemeinen Gesundheitsverhältnisse sind möglichst zu berücksichtigen.

Voigt (Oeynhausen).

---

40) **Jul. Althaus** (London): Ueber syphilitische Hemiplegie.
(Deutsch. Arch. f. klinische Med. XXXVIII. Bd.)

Ein 28jähriger Gehülfe, vor 4 Jahren syphilitisch erkrankt, blieb gesund bis etwa vor 1 Jahre, wo er plötzlich ohne sein Bewusstsein zu verlieren, einen Anfall von Lähmung des rechten Armes und Beines erlitt. Schon vorher hatte er bemerkt, dass sein linkes Augenlid über das Auge herabsank und er mit dem betr. Auge schlechter sah. Die Paralyse blieb seitdem stationär. Untersuchung ergab Ptosis des linken Augenlides, Unbeweglichkeit des betr. Auges, also eine innere und äussere Ophthalmoplegie, herrührend von Lähmung des Oculomotorius Trochlearis und Abducens. Ophthalmoscop. Untersuchung des Augengrundes ergab nichts Abnormes. Rechter Arm war paretisch, farad. und galv. Erregbarkeit der leidenden Nerven und Muskeln erhöht. Auffallend war die Steigerung der Sehnenreflexe in der ganzen oberen Extremität. Rechtes Bein ebenfalls paretisch. Beträchtliche Erhöhung der galv. und farad. Erregbarkeit, keine Abmagerung, keine Anaes-

thesie. Colossale Steigerung der tiefen Reflexe. Uebrige Körperfunktionen normal. Schmierkur wurde wegen hochgradiger Stomatitis ausgesetzt, nach 2 Monaten war nur der stürmische Charakter der Sehnenreflexe gemindert. Epicritisch bemerkt Verf. zu dem Falle, dass die Entwicklung der Symptome entschieden auf syphilitische Hirnerkrankung hinwiese; dafür spreche auch das Alter, das Erhaltensein des Bewusstseins während des Anfalls, die Unvollständigkeit der Lähmung. Ferner war die Complication von Hemiplegie auf der einen mit Ophthalmoplegie auf der anderen Seite des Körpers charakteristisch für Syphilis. Für höchst bemerkenswerth hält Verf. die enorme Steigerung der Sehnenreflexe, die nicht im Verhältniss stand zu dem unbedeutenden Grade der Lähmung sowohl wie der Muskelstarre. Verf. wies schon früher darauf hin, dass ungewöhnliche Steigerung der tiefen Reflexe in gelähmten Gliedern bei Hemiplegie auf syph. Ursprung der Erkrankung hindeute. Betreffs des Wesens und Sitzes der vorliegenden Erkrankung ist Verf. der Ansicht, dass wir es mit einem Gumma an der Hirnbasis, an der inneren Oberfläche des Gehirnschenkels und nahe der vorderen Fläche der Varolsbrücke zu thun haben, welches durch Compression zur Atrophie der drei Augennerven geführt hatte. Schliesslich bemerkt der Verf. hinsichtlich der Behandlung syphil. Nervenkrankheiten, dass die allgemeine Ansicht betreffs der günstigen Prognose dahin eingeschränkt werden müsse, dass derartige Patienten nur dann zu curiren sind, wenn die primären specifischen Veränderungen noch nicht zu secundären gewöhnlichen Läsionen geführt haben. Wo bereits Atrophie der Nerven oder gar der Gehirnsubstanz eingetreten ist, wird weder Mercur- noch Jodkali die untergegangenen Nervenzellen wieder herstellen. Ref., welcher derartige Patienten häufiger sieht, kann dem nur beistimmen und auch mit dem Verf. die wichtige hieraus resultirende Lehre anerkennen, die geringsten Symptome syphilit. Gehirnerkrankungen energisch specifisch zu behandeln, um dem Ausbruche gewöhnlicher secundärer Veränderungen, soweit es möglich ist, vorzubeugen. Goldstein (Aachen).

---

41) **Ramey:** Ueber einen Fall von contralateraler, durch eine Läsion des linken Hirnschenkels bedingte Hemiplegie. (Rév. de médic. 1885. N. 6.)

Ein 52 jähriger Gerichtsschreiber wird am 13. November 1883 in's Hospital St. André zu Bordeaux aufgenommen. Er ist erblich nicht belastet, weder Alcoholiker noch Syphilitiker, leidet seit längerer Zeit an einem Ausflusse aus der Harnröhre. Am 19. October traten Ameisenlaufen am rechten Fusse auf, das sich auf die rechten Extremitäten und die rechte Gesichtshälfte verbreitete, am 25. October war das Schreiben wegen leichten Zuckungen in den Fingern der rechten Hand unmöglich und das Sehen mit dem rechten Auge erschwert, dazu trat eine Schwäche des rechten Beins: Bei der Aufnahme wird eine nicht vollständige rechtsseitige Hemiplegie ohne Contracturen mit Parese des untern Facialisastes constatirt. Das Dynamometer zeigt an der rechten Hand 24, an der linken Hand 36 Kilo, an den entsprechenden Unterextremitäten 8 resp. 12. Die Patellarreflexe sind beiderseits ver-

stärkt, der Kitzelreflex an der Sohle normal, kein Fussclonus, die Sensibilität rechts etwas herabgesetzt. Am linken Auge ist der ganze Oculomotorius gelähmt. Die Sehschärfe auf die Hälfte reducirt, der Irisreflex fehlt, der Augengrund fast normal. Am rechten Auge sind gelähmt: rectus superior, inferior und abducens, das Gesichtsfeld nach innen und aussen stark beschränkt, S = $^1/_2$, der Irisreflex erhalten, Opticusathrophie, Chorioiditis um die Pupille herum. Diagnose: (Pitres) Tumor an der Gehirnbasis, im linken Hirnschenkel sitzend: getroffen sind die motorischen und sensiblen Fasern oberhalb ihrer Kreuzung und entweder der Kern des Oculomotorius oder sein Stamm.

Am 11. Januar Erhöhung beider Cremasterreflexe, Verschwinden der Hemianästhesie, die Intelligenz wird schwächer, die Muskelkraft nimmt ab (R. 25, L. 30 Kilo, 6. und 9.), am 12. Februar rasche Verblödung, leichte Ptose rechts. 12. März sehr stark entwickelte Patellarreflexe, sehr deutlicher Fussclonus rechts, 21. März: grosse geistige Stumpfheit, Ptose verschwunden, der rechte Arm complet gelähmt, déviation conjuguée des Kopfes und der Augen nach links, Röthe und Oedem der rechten Hand, Stuhl und Harn unter sich, 28. März Coma, Ecchymosen an den Füssen, Tod am 29. März.

Section: Miliartuberculose beider Lungen mit Cavernenbildung, Milz weich. An der Hinterfläche des Rückenmarks an der Aussenfläche der Arachnoidea sind kleine, gesternte Körper zu sehen. An der Unterfläche des Gehirns ist die Arachnoidea über der substantia perforata posterior und dem chiasma mit opalescirenden, weisslichen Flecken besetzt, etwas Sclerose der Arterien am circulus Willisii. Die Oculomotoriusstämme durchziehen die verdickte Arachnoidea und sind mit ihr fest verwachsen, an ihrer Ansatzstelle röthlich und etwas erweicht, der linken mehr. Nach Entfernung der Arachnoidea sieht man die pia in der hinteren Hälfte des spatium interpedunculare geröthet, nicht adhärirend. Das linke crus cerebri ist viel dicker als das rechte, seine Innenfläche grau, durchscheinend und unterhalb des linken Tractus opticus liegt in ihm eine etwa hasselnussgrosse Verhärtung. Die übrigen Hirntheile gesund.

Der mandelgrosse Tumor sass auf der oberen Schicht des Hirnschenkels oberhalb des locus niger Soemmering's und hatte den Sehhügel total zerstört. Sein hinteres Ende reicht bis zum hinteren Vierhügel, welcher in Gestalt und Färbung vollständig erkennbar aber in die Höhe gerückt ist. Der Tumor besteht aus einer Ansammlung von 8—10 kleinen gelblichen erbsengrossen Neubildungen, welche durch einen durchscheinenden gräulichen Kitt zusammengehalten werden; jedes dieser Neoplasmen ist im Centrum verkäst, an der Peripherie grau gefärbt. Unter dem Mikroskop lassen sich an der Neubildung zwei deutliche Schichten unterscheiden. Die centrale ist bei schwacher Vergrösserung von einer gleichförmigen, amorphen, lichtbrechenden Masse gebildet, in welcher weder scharf contourirte Elemente noch Fettkrystalle zu unterscheiden sind, es ist kein Gefäss darin zu erblicken, hier und da sieht man verzweigte Räume, welche vielleicht Ueberreste von obliterirten Gefässen darstellen. Die Ränder dieser amorphen Masse sind nicht scharf begrenzt und gehen allmählig unter sehr gewellten Con-

touren in die periphere Schicht über, welche ein typisches embryonales Gewebe darstellte. Es waren Längs- und Querschnitte von Blutgefässen, welche mit rothen Blutkörperchen angefüllt waren, zu sehen: an der Grenze zwischen der embryonalen und der käsigen Schicht waren einige, verschieden grosse Riesenzellen bemerkbar. Bei stärkerer Vergrösserung bot die centrale Schicht denselben Anblick dar, wie bei der schwächern, die embryonale Schicht aber wird von runden oder spindelförmigen Zellen gebildet, die meist eine sehr schmale Schicht am Protoplasma, runde oder ovale Kerne haben, welche sich durch Carmin lebhaft färben und 6—15 μ messen. Die Mehrzahl der Blutgefässe hat embryonale Scheiden, nur bei wenigen ist eine Muskelschicht zu sehen; fast alle sind von rothen Blutkörperchen, denen einige Leucocyten begemengt sind, angefüllt; die Riesenzellen haben das gewöhnliche Aussehen. Die gleich nach der Section in 1⁰/₀ Osmiumsäurelösung auf 24 Stunden gelegten Oculomotoriusstämme wurden dann getrennt, mit Carmin gefärbt und in Eieralbuminglycerin eingebettet. Der rechte Oculomotorius ist beinahe normal, nur hier und da sieht man kugelförmig zerfallenes Myolin, der linke dagegen ist sehr schwer zu zerzupfen, weil die fest aneinander haftenden Fasern brechen, anstatt sich zu trennen. Die meisten von ihnen haben ihr Myelin verloren oder es ist dieses durch einige, weit von einander zerstreute Tröpfchen in der Schwann'schen Scheide vertreten; an einigen Stellen sind diese veränderten Nervenfasern durch Anhäufung embryonaler oder Wanderzellen von einander geschieden. — Rükkenmark gesund.

Epikrise: Es liegt hier ein Fall von contralateraler Lähmung vor, welche durch eine Ansammlung von käsigen Tuberkeln im linken Hirnschenkel bedingt war. Die rechte Hemiplegie entstand durch Compression des unmittelbar an der Geschwulst gelegnen Pyramidenstranges, die vollständige Oculomotoriuslähmung rührte von einer Zestörung des Oculomotoriuskernes her, die theilweisen Lähmungen der Augenmuskeln aber von partieller Veränderung des rechten Oculomotoriusstammes, welcher durch die stark entzündete Hirnhautparthie, ganz zu bemerken ist. 1) dass trotz der vollständigen Zerstörung des Sehhügels nur leichte Sensibilitätsstörungen beobachtet wurden, was gegen die Ansicht von Luys und Fournier spricht, welche den Sehhügel als ein Centrum für sensible und sensorielle Wahrnehmung auffassen, 2) dass nach physiologischen und pathologischen Erfahrungen*) Verletzungen der Hirnschenkel vasomotorische Störungen auftreten — im vorliegenden Falle

---

*) Brown-Séquard, Budge und Afanassiew wiesen das Auftreten schwerer vasomotorischer Störungen nach Durchschneidung der Hirnschenkel nach. Weber (citirt im Arch. génér. Nro. 63) sah eine rechtsseitige, mit Lähmung des linksseitigen Oculomotoriusstammes combinirte Hemiplegie mit starkem Wärmegehalt in den gelähmten Gliedern, die rechte Körperhälfte um 2⁰,5 wärmer, als die linke. Bei der Section Erweichung des linken Hirnschenkels und des linken Oculomotoriusstammes. Fleischmann, (Wien med. Wochenschr. 1871) sah gleichfalls bei einer contralateralen Lähmung pedunculären Ursprungs vasomotorische

Kältegefühl und reelle Temperaturerniedrigung im contralateralen Gliede, —, dass 3) entgegen verschiedenen Beobachtungen**) die Sphincteren nicht gelähmt waren und 4) dass trotz der ziemlich umfangreichen Läsion keine Spur von secundärer Degeneration des Rückenmarks zu finden war: dieses scheint dafür zu sprechen, dass der Sehhügel und die Haube nicht zu dem motorischen Gehirnapparat als integrirender Bestandtheil gehören oder wenigstens keinen trophischen Einfluss auf die Pyramidenstränge ausüben. Hinze (St. Petersburg).

42) **Ruppert:** Zur Kasuistik der Blutungen in's Rückenmark.
(Klinische Sammlung von Prof. L. Popow Warschau, 1885. russich.)

Ein 55jähriger Fuhrmann empfand während des Fahrens einen heftigen Schmerz im Rücken, fiel vom Kutschbock und konnte weder Hand noch Fuss regen. Einen Tag später wurde er in die Klinik mit Lähmung aller vier Extremitäten und Verlust der Sensibilität und der Schmerzempfindung an Gliedern und Rumpf mit Ausnahme des von den obern 4 Halsnerven versorgten Theiles des Rumpfes und der Arme aufgenommen; die Hautreflexe fehlten, die Sehnenreflexe waren erhöht, keine Contracturen vorhanden. Die Diagnose auf eine Blutung im unteren Abschnitte des Halstheils des Rückenmarks wurde durch die Section bestätigt. In der Halsanschwellung fand sich in der weissen Substanz des linken Hinterstranges neben der hintern Commissur eine hanfkorngrosse Blutung, in deren Umgebung, besonders aber absteigend die Zeichen acuter Myelitis vorhanden waren; sonst waren keine hämorrhagischen Herde vorhanden und ergab die mikroskopische Untersuchung keine Veränderungen an den Gefässen.

Hinze (St. Petersburg).

43) **Tounini:** Le Epilepsie. (Die verschiedenen Arten der Epilepsie.)
(Archivio di psychiatria vol. VI. fasc. IV.)

Die Epilepsie ist eine corticale Erkrankung, und den verschiedenen Regionen der Hirnrinde entsprechend kann man daher auch folgende Unterarten dieser Erkrankung aufstellen:

1. *Sensorische Epilepsie,* characteristische hallucinatorische Anfälle, von den sensorischen Rindencentren ausgehend.

Störungen in der Weise auftreten, dass die Achseltemperaturen zwischen 36°,1 und 40°,7 schwankten. Die Section ergab einen Tumor, der den Sehhügel und den Hirnschenkel ergriffen hatte.

Mayor (Bullet. de la soc. anatom. Mars. 1877) sah in einem Falle von kleinem Erweichungsherd an der Innenfläche des linken Hirnschenkels starkes Oedem der gelähmten Glieder.

**) Nach den Untersuchungen von Budge und Afanassiew liegen in den Hirnschenkeln, die Contractilität der Sphincteren beherrschende Centren. Nothnagel (Top. Diagnostik. etc. 1879) führt nur 2 und dazu zweifelhafte Fälle von Rosenthal und Fleischmann an, bei denen häufiger Harndrang resp. unwillkürliche Kothentleerungen verhanden waren. (Nothnagel p. 202.)

2. *Motorische Epilepsie* bei Erkrankung der motorischen Rindencentren.

3. *Psychische Epilepsie* namentlich durch vorübergehende Bewusstseinstrübungen gekennzeichnet, deren anatomische Basis vielleicht in den Stirnlappen zu suchen wäre.

4. *Gemischte Formen* entstehen durch Combination von zweien der früher genannten Formen, welche ganz rein selten zur Beobachtung kommen.

5. *Die complete, vollständige Epilepsie* vereinigt alle, die oben angeführten Formen in sich.

Bei den Epileptikern lassen sich sehr häufig verschiedene „anthropologische" Abnormitäten (z. B. Assymetrie des Gesichts, Plagiocephalie namentlich links u. s. w.) sowie zahlreiche Degenerationszeichen nachweisen, sie sind nach den Idioten sogar die „degenerati per eccelenza".

12 Fälle, die sorgfältig auf derartige Degenerationen untersucht wurden, werden ausführlich mitgetheit und im Bilde vorgeführt.

Obersteiner (Wien).

---

44) **Moricourt**: Metallotherapie. (Union médicale 1885. Nro. 145.)

1. Einzelne Nervenleidende zeigen absolute Anaesthesie, welche durch äussere Anwendung von Metallen nicht schwindet. Hier soll man die Idiosynkrasie beseitigen durch subcutane Injectionen metallischer Salze.

2. Von spontaner Lethargie, Katalepsie oder Somnabulismus befallene ebenso wie hypnotisirbare und magnetisirbare sind fast immer (90 Procent) gegen Kupfer und Gold empfindlich. Subcutan werden einige Milligramme Kupfersulfat oder Goldchlorür angewendet.

3. Kupfer und Gold sind die wahren Enthüller der hypnotischen Sensibilität mit Ausschluss des Magnets und des angeblichen Metalloscops von Ochorowicz.

4. Wenn eine Person in Somnambulismus zu versetzen ist, so ermittelt man das innerlich dagegen am wirksamste Metall auf die Weise, dass man verschiedene Metalle nach und nach in die Hand oder auf den Unterarm einige Minuten lang auflegt. Das Metall, welches die stärkste Sensation verursacht ist das wirksamste. In 90 Procent der Fälle ist es Gold oder Kupfer.

5. Innerlich muss das angewandte Metall um so schwächer gereicht werden als es bei äusserer Anwendung oder hypodermatisch energischer wirkt; je nach der Intoleranz des Verdauungsactes setzt man Opium, Genitan, Nux vomica etc. zu.

6. Subcutane Injectionen werden in Lösungen von 1 zu 500 gemacht, bei Eisennitrat und Argentumnitrat sogar 1 zu 1000.

Rohden (Oeynhausen).

---

45) **Chr. Leegaard** (Christiania): Om Behandlingen of Tetanus. (Ueber die Behandlung des Tetanus.) (Klinisch. Aarbog. II. Sept-Abdr.)

Verf. bespricht nach Mittheilung eines günstig verlaufenen Falles von T. Indicationen und Methode bei Behandlung dieser Krankheit.

Der Fall betrifft ein 20 jähr. Dienstmädchen. Als Ursache der Erkrankung wurde Zug angegeben. Bemerkenswerth ist die lange Dauer der Krankheit — Pat. musste über 3 Monate bis zur Herstellung im Hospitale bleiben — und die anscheinend günstige Einwirkung des Eserin, nachdem verschiedene andere Mittel ohne günstigen Einfluss gewesen.

Die Indicationen für die Behandlung gehen hervor aus der Ansicht vom Sitz und Wesen des krankhaften Processes. Sitz der Krankheit ist der motorische Theil der grauen Substanz in Medulla oblangata und spinalis. Physiologisch muss das Leiden als Hyperirritabilität der betreff. Theile bezeichnet werden. Die normalen Erregungen fliessen denselben theils vom Gehirn, und zwar sowohl unbewusst — „latente Innervation" von L a n g e — wie auch durch bewussten Willensimpuls, theils von der Peripherie zu. Auf die „latende Innervation" legt Verf. für die Symptomatologie des T. ein grosses Gewicht. Er erklärt z. B. die Erschlaffung der tonisch contrahirten Muskeln während des Schlafes einfach aus dem Fortfall dieser vom Gehirn während des Wachens fortwährend zuströmenden Innervation. Hier ist es also nicht die Erhöhung der Reflexerregbarkeit, welche früher allzu ausschliesslich betont wurde, welche den Krankheitserscheinungen zu Grunde liegt.

Eine *causale* Behandlung ist nur bei tramatischem T. möglich. Die geringen Erfolge durch grössere Operationen, speciell auch durch die Nervendehnung werden hervorgehoben, dagegen einige Heilungen nach Entfernung von Fremdkörpern und Nervenexcisionen erwähnt. Die auf Grund der Ansicht, dass es sich beim T. um eine Infection handle, empfohlenen antibacteriellen Mittel werden als nutzlos verworfen, da es auch sonst bei zweifellosen Infectionskrankheiten nicht gelänge, das Virus zu vernichten.

Von einer *Indicatio morbi* kann zur Zeit nicht die Rede sein.

Die *symptomatische* Behandlung dagegen finde viele und gute Anhaltspunkte. Es gilt die Heftigkeit der Krämpfe zu vermindern und vor allem Intermissionen zu erzielen. Man kann das durch Herabsetzung der Hyperirritabilität des R.-M.'s und dadurch bewirken, dass man die Impulse vom Gehirn und von den peripheren Nerven verhindert, die kranke graue Centralsubstanz zu erreichen.

Von den Mitteln zur Herabsetzung der R. M.'s-Erregbarkeit werden die Bromsalze und besonders das Eserin empfohlen, ferner Kälteeinwirkung auf das Rückenmark (Eisbeutel und Aetherspray), sowie der constante Strom.

Die vom Gehirn kommenden Impulse aufzuheben kann Chloral und Chloroform dienen, auch kann das Bromkali event. auch dieser Indication genügen. Ferner forcirte Athemzüge, deren Wirksamkeit sich einerseits durch die Beobachtung der Aufhebung von Strychninkrämpfen durch künstliche Respiration, andererseits durch die That-

sache erklärt, dass durch forcirte Respiration Betäubung erzielt werden kann. Hierher gehört auch die Sorge für äusserliche geistige und körperliche Ruhe. Letztere genügen auch der Indication, die Erregungen von Seiten der peripheren Nerven zu verhindern, wohin auch das continuirliche warme Bad und das Morphium zu rechnen sind.

Ganz verworfen wird das Curare, das entweder unwirksam, oder wirksam auf's äusserste gefährlich ist. Eine ganze Reihe sonst empfohlener Mittel wird ebenfalls als nicht bewährt bezeichnet.

Dehn (Hamburg).

---

46) **Silvio Venturi**: Sull uso del tabacco da naso nei sani, nei pazzi e nei delinquenti. (Der Schnupftabaksgenuss bei Gesunden, Irren und Verbrechern.) (Separatabdruck aus Il Manicomio I. Nro. 2 u. 3.)

Verfasser stellt sich die noch sehr widersprechend beantwortete, doch nie eingehend erörterte Frage, ob der Genuss des Schnupftabaks für Geisteskranke als nützlich oder schädlich zu erachten, und dementsprechend in Irrenanstalten zu gewähren, oder am besten aus denselben zu verbannen sei. Zu diesem Zwecke sind vor allem die Ursachen des Schnupfens zu ergründen, was mit Hülfe zahlreicher statistischer Erhebungen versucht wird. Die beigebrachten, ziemlich detaillirten Zahlenverhältnisse können wohl kaum auf allgemeinere Bedeutung Anspruch machen, doch sind folgende Ergebnisse hervorzuheben.

Die Bevölkerung der Irrenanstalten übertrifft die gesunde bezüglich der relativen Zahl der Schnupfer um mehr als das doppelte. Noch grösser ist die Zahl derselben unter den Gefangenen, woraus der wohl nicht ganz einwandsfreie Schluss gezogen wird, dass je tiefer man auf der Stufenleiter der psychischen Degeneration hinabsteigt, um so mehr Schnupfer man antrifft. Unter allen Verhältnissen zeigte sich ferner ein beständiges Anwachsen mit dem Alter, doch fangen die Irren früher an und erreichen schneller ihr Maximum, während die Gesunden verhältnissmässig spät beginnen und anfangs langsam, dann immer schneller zunehmen, um endlich die Kranken noch zu übertreffen. Besonders auffallend ist dies Verhältniss bei den Frauen, welche ausserhalb der Anstalt bis zum 50. Jahre nur unbedeutend schnupfen, danach aber bis zu 84 % der gesammten Bevölkerung, während in Anstalten 7,14 % in keinem Lebensalter überschritten wurden.

Die Annahme der Gewohnheit fällt unter den Kranken zum grossen Theile, (etwa 40%) in die Zeit der Anstaltsbehandlung, bei Verbrechern fast stets vor die Inhaftirung. Hieraus lässt sich, auch für die Geisteskranken, der Schluss ziehen, dass die Freiheitsberaubung als causales Moment des Schnupfens nicht anzusehen ist, zumal dieselbe von den Kranken nur selten schwer empfunden wird. Ebenso ist Nachahmung bei den meisten Kranken auszuschliessen. Vielmehr muss die Ursache in einem Bedürfnisse des erkrankten oder zur Krankheit disponirten Organismus gesucht werden, was auch mit der Thatsache übereinstimmt, dass sich unter den an chronischen und degenerativen Psychosen leidenden Kranken bei weitem die meisten Schnupfer finden.

Die eigenen Angaben der Kranken stimmten mit dieser Annahme vollkommen überein. Fast alle gaben nervöse Störungen, wie wir sie häufig als Prodrome der Geisteskrankheiten finden, als Veranlassung zum Schnupfen an, so Kopfschmerz, Benommenheit, Augenschmerzen, Schwindel, Gedächtnissschwäche u. s. w. Dasselbe Resultat ergab sich nun auch aus genaueren Nachforschungen bei Gesunden. Zufall und Nachahmung konnten fast ganz ausgeschlossen werden, besonders ist es im vorgerückten Alter, auch wenn keine bestimmten Beschwerden vorliegen, das Gefühl von verminderter Leistungsfähigkeit und Abschwächung der vitalen Energie, welches fast unbewusst die Veranlassung zum Schnupfen wird. Auch der chronischen Katarrhe der Nase und der benachbarten Höhlen ist zu gedenken, zumal durch diese die Gehirnthätigkeit empfindlich beeinträchtigt werden kann, bis zur Ausbildung wahrer Geistesstörungen, wofür eine Krankheitsbeobachtung wiedergegeben wird. Endlich ist selbst bei gesunden Personen, welche des Tabaks z. B. zur gehörigen Sammlung zu intensiver geistiger Arbeit benöthigt sind, die Gewohnheit als auf der Grenze des pathologischen stehend aufzufassen. Bei dieser Art der Beurtheilung kann man den Grundsatz aufstellen: „Das Schnupfen ist ein Zeichen pathologischer Entwicklung des Centralorgans oder geistigen Verfalles.“

Die Frage, ob der Erfolg die gehegten Hoffnungen rechtfertigt, wird für die Gesunden ohne weiteres bejaht und zwar aus dem etwas bedenklichen Grunde, dass kein Schnupfer darüber im Zweifel sei. Ebenso rühmten die Kranken die Wirkung des Schnupftabaks gegen die angedeuteten Beschwerden. Plausibler und werthvoller als die hierüber gebrachte Statistik, ist die aus der physiologischen Wirkungsweise des Schnupftabaks hergeleitete Deduction. Jene kann a priori auf verschiedenem Wege zu Stande kommen, nämlich durch Resorption des toxischen Agens, durch Reizung der sensorischen Nerven und durch Reflexwirkung. Die erstere Art ist auszuschliessen, da das Pulver zu kurze Zeit auf der Schleimhaut verweilt und die Erscheinungen gar nicht mit denen des innerlichen Genusses der Nicotiana übereinstimmen. Vielmehr äussern sich dieselben folgendermassen: Geruchsempfindung, Prickeln in der Nase, Absonderung von Thränenflüssigkeit, desgl. von Schleim in der Nase, endlich Niesen. Die drei letzteren sind entschieden reflectorischer Natur und von wesentlicher Bedeutung für die Wirkung. Blosses Riechen auf den Tabak gewährt dem Schnupfer dem entsprechend keine Befriedigung. Doch auch der specifischen Einwirkung auf das Geruchsorgan muss Antheil an der Wirkung zuerkannt werden, da sich der Tabak nicht durch dieselben Reflexe auslösende aber geruchlose oder anders riechende Pulver, wie etwa von Radix-Hellebori ersetzen lässt, höchstens, wenn etwa eine Anästhesie des n. olfactorius besteht. Durch Rückwirkung des localen Reizes auf die Willenscentren kommt endlich die psychische Wirkung zu Stande, welche wie bekannt in einer angenehm empfundenen Steigerung der reaktiven Thätigkeit des Gehirns besteht. Diese Art künstlicher sensorisch reflectorischer Beeinflussung desselben hat übrigens zahlreiche Analoga, unter denen die Wahl vielfach durch Gewohnheit und Sitte bestimmt wird.

Am nächsten steht dem Schnupfen das Rauchen, wobei ebenfalls nur die reflectorische Wirkung benutzt wird, allerdings kommt zuweilen, besonders durch das Verschlucken des Rauches die unangenehme topische hinzu.

Aber auch Blumen und Parfums, von zarteren Nerven bevorzugt, sowie Musik etc. sind hierher zu rechnen als sensorische Eindrücke, welche reflectorisch auf das Centralorgan belebend einzuwirken vermögen.

Auch der Alkohol verdankt die ihm zukommende ähnliche Wirkung vielleicht einer reflectorischen Beeinflussung von der Oberfläche des Verdauungskanales aus. Ja man kann behaupten, dass die Thätigkeit der Gehirncentren niemals eine ganz spontane, sondern stets an Sinneseindrücke gebundene ist. Während aber das normale Gehirn schon durch die schwächsten ununterbrochen zugeführten Reize in dem nöthigen Tonuse rhalten bleibt, bedarf es für alle physiologischen wie pathologischen Schwächezustände desselben künstlicher Reizmittel, und unter diesen ist dem Schnupftabak wegen seiner prompten und uncomplizirten Wirkung ein hervorragender Platz einzuräumen.

Die praktischen und therapeutischen Folgerungen betreffend lässt sich eine prophylaktische Wirkung den Psychosen gegenüber allerdings nicht erkennen und über etwaige therapeutische Wirkungen fehlen alle Erfahrungen. Doch wie man Hautreize und scharfe Gerüche gegen Ohnmachtszustände anwendet, so ist dem Schnupftabak bei depressiven Gemüthszuständen immerhin Aufmerksamkeit zu schenken. Da ferner die Abgewöhnung des Schnupfens schon für Gesunde fast unmöglich ist und Schlaflosigkeit ja selbst tiefere Verstimmungen, hervorrufen kann, so wird man um so weniger Kranke dazu zwingen, bei denen das Bedürfniss zum Schnupfen oft in der Natur der Krankheit begründet ist.

Die Frage nach der ätiologischen Bedeutung des Tabakrauchens für die Entstehung nervöser Leiden hält Verf. noch nicht für spruchreif und fordert zu genaueren Studien darüber wie über das Thema des Rauchens überhaupt auf. Nagel (Dalldorf).

III. Aus den Vereinen.

I. Physical. medicin. Gesellschaft zu Würzburg.

XVI. Sitzung vom 21. Novbr. 1885. (Aerztl. Intelligenzbl. Nro. 49. 1885.)

47) **Grashey**: *Ueber Hirndruck.*

Wir entnehmen oben vermerkter Quelle folgende interessante Mittheilung: Die hauptsächlich von v. Bergmann begründete Lehre des Hirndruckes wurde in jüngster Zeit von Adamkiewicz angegriffen und für falsch erklärt, da von einer Verdrängung des Liquor cerebrospinalis durch ein Blutextravasat etc. desshalb nicht die Rede sein könne, weil die Gehirnmasse compressibel sei. Schon v. Bergmann wies in seiner Entgegnung (Arch. f. kl. Chirurgie, Bd. XXX. Heft 3) nach, dass Adamkiewicz ein grosser Irrthum passirt sei, indem er Auspressen des Hirns mit Zusammenpressen desselben ver-

wechsle. v. Bergmann leugnete nicht die Möglichkeit der Compressibilität des Gehirns, zeigte jedoch durch theoretische Raissonnements, dass dazu Druckwerthe nothwendig sind, wie sie innerhalb der geschlossenen Schädelkapsel niemals zur Geltung kommen können. Grashey hat dies nun durch einen sehr sinnreich construirten Apparat bewiesen, indem er mittelst desselben fand und direkt veranschaulichen konnte, dass die Compressibilität des Gehirns noch geringer ist als die des Wassers. Das Gehirn von Tauben, Mäusen, Hühnern wurde frisch untersucht und zwar fand zur Verhütung von Luftblasenzutritt die Decapitation unter Wasser statt. Wird die Compressibilität des Hirns erst längere Zeit nach dem Tode untersucht, so erhöht sich dieselbe immer mehr; es ist dies eine Folge der mit Fäulniss eintretenden Gasentwicklung. Gegenüber v. Bergmann betont G., dass beim typischen Hirndruck durch die bekannten Ursachen in erster Linie nicht die capillaren sondern vor allem die kleinen Venen comprimirt werden müssen. Goldstein (Aachen).

II. Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden.

Sitzung vom 28. März 1885. (Jahresbericht d. Ges. f. Natur- und Heilkunde. Dresden, G. A. Kaufmann. 1885.)

48) **Mossdorf** stellt ein 8 Jahre altes Kind mit *infantiler Muskelatrophie* vor, dessen Krankheit wahrscheinlich auf *Lues* zurückzuführen ist, was den Fall interessant macht. An der Stellung des Kindes fällt vor allem die Lordose, das eigenthümliche Balanziren auf den Fussspitzen und das Stehen mit gespreizten Beinen auf. Besonders ausgeprägt ist die Atrophie der Rückenmuskulatur, weniger die der Oberschenkel. Pseudohypertrophie ist noch nicht zu bemerken. Keine EaR., aber die Reaction der atrophischen Muskeln ist herabgesetzt. Der Vater, ein Potator, hat einen Schanker gehabt und die Mutter hatte während der Schwangerschaft lange Zeit eine geschwürige Angina, welche nach Jodkaligebrauch heilte. Drei spätere Kinder starben in den ersten Wochen des Lebens an Krämpfen.

Sitzung vom 4. April 1885.

49) **Pusinelli** macht Mittheilung über die Wirkung eines neuen Schlafmittels des *Canabinon* von Bombelon. Eine Stunde vor dem Mittagessen nahm P. 0,06 gr. Canabinon. Kurz nach der einfachen Mahlzeit traten Ohrenklingen, Schwindelgefühl, dann Neigung für Bewegungen ein. Entsetzliche Angst, Furcht, maniakalischen Anfall zu bekommen. P. konnte seinen Zustand während der ganzen Zeit selbst beobachten, seine Gedanken drehten sich in schwindelnder Eile im Kreise. Sprechen und Lesen war schwer. Zustand dauerte 2 Stunden. Währenddem Doppeltsehen, Puls verlangsamt, Extremitäten zeitweise kalt und mit Schweiss bedeckt, Pupillen ziemlich eng, Sensibilität herabgesetzt. Nach Verlauf der Erscheinungen unmotivirte Heiterkeit. Später bleierne Müdigkeit, jedoch vor dem wirklichen Schlaf allerhand Gefühlstäuschungen.

In der *Discussion* glaubt Osterloh, dass die Zeit der Einnahme des Mittels unglücklich gewählt sei und dass P. durch die Beschäftigung mit Lesen sich künstlich munter gehalten habe.

Pusinelli bemerkt dazu, dass Schroff und Fronmüller bei Canabis indica dieselben Beobachtungen gemacht hätten und hält die Intoxicationserscheinungen von der falsch gewählten Zeit der Einnahme des Mittels unabhängig. Auch die subjectiven Empfindungen des Rauchens von aegyptischem Haschisch, Abends an sich probirt, seien nach Schroff ganz ähnliche.

Cahnheim schildert dann seine Erfahrungen über Haschischrauchen, das ebenfalls bei ihm keine sedativen oder narcotischen, sondern höchst excitirende Wirkungen äusserte   Goldstein (Aachen).

III. Soéieté médicale des Hôpitaux zu Paris.

Sitzung vom 23. October 1885. (Union médicale.)

50) **Chauffard** demonstrirt bei einem Kranken den *tabetischen Fuss*. Von nur sieben Fällen der Literatur sollen fünf von Charcot beobachtet sein. Pat. ist weder syphilitisch, noch neuropathisch belastet, 32 Jahre alt. Vor 8 Jahren leichten Strabismus mit Diplopie und Gürtelschmerz, darauf nach vierjähriger Ruhe blitzartige Schmerzen und Störungen der linken plantaren Sensibilität. Endlich bildete sich an jedem Fuss ein mal perforant und am linken Fusswurzelrücken eine diffuse, renitente wenig schmerzhafte Anschwellung, die sich vergrösserte und in sechs Wochen zu einer enormen schmerzlosen Geschwulst der Knochen der zweiten Reihe des Tarsus führte. Der Vorderfuss ist etwas abnorm beweglich. Der gehende Fuss macht Abdrücke auf Papier, identisch mit denen des Plattfusses, eine von Charcot bereits constatirte Thatsache.

C. betond die Rapidität des arthropathischen Anfalls und weisst auf eine Reihe von vasomotorischen und trophischen Störungen am kranken Fuss, der in Schweiss gebadet ist, hin. Injectionen von Pilocarpin nach der Strauss'schen Methode an beiden Füssen, zeigen die vermehrte Absonderung am tabetischen Fuss bereits nach einigen Secunden, am gesunden erst nach mehreren Minuten. Der kranke Fuss ist im Mittel um 8 Grad wärmer als der gesunde und es kommt das auch dem Patienten zur Wahrnehmmung. Diese Hyperthermie erklärt der Vortragende aus dem entzündlichen Process, der sich bei zwei Autopsien von Boyè und Charcot gezeigt hat: Erosionen, Ulcerationen, Destructionen und spontane Fracturen der Fusswurzelknochen ohne Eiterung und Sequesterelimination.

Sitzung vom 13. November 1885.

51) **Joffroy** unterscheidet von dem in Chauffard besprochenen tabetischem Fuss den *tabetischen Klumpfuss*. Er erwähnt, dass Trousseau die Entstehungsursache des letzteren im Druck der Bedeckung bei Bettlägerigen, Leyden in derselben Ursache und in der Contractur der Wadenmuskeln sucht. Er unterscheidet zwei Grade desselben: im ersten Stadium lässt sich der Fuss activ oder passiv in seine normale Stellung zurückführen, im zweiten Stadium, wo bereits ein pes varoequinus durch Muskelcontractur entstanden ist, lässt er sich nicht mehr vorübergehend corrigiren. Meistentheils ist der letzte Grad an beiden Füssen symmetrisch.

J. lässt alle bei Nervösen entstehenden Klumpfüsse Revue passiren und theilt sie in drei Klassen:

1. Der Klumpfuss durch *Atrophie* der Muskeln. 2. Der *hypertonische* K., durch Contractur oder übermässigen Tonus der Muskeln entstanden, welchen man bei der hemiplegischen Contractur, bei Paralysis infantum sieht, wo man resistente harte Muskeln fühlt und den Fuss nicht ballotiren lassen kann. 3. Der *atonische* K. wie er bei Tabes vorkommt. Hier ist der Muskelsinn geschwunden in Folge permanenter Unthätigkeit der Muskeln und Sehnen, das Gelenk lockert sich, es bilden sich Adhäsionen der Sehnen in ihren Scheiden; die prädominirende Action einzelner Muskeln kann nicht von Bedeutung sein, wenn die Muskeln abgemagert und schlaff sind. J. bestreitet den Einfluss der Bettdecke wie ihn Trousseau und Leyden beschuldigt, denn bei einzelnen Kranken fände man nach langem Bettliegen noch extreme Beweglichkeit ohne Deformität, bei andern unbedeutende oder keine Deformität auf der einen Seite anf der andern sehr beteutende. Der atonische und der atrophische Klumpfuss kann gemischt auftreten.

52) **Desnos** demonstrirt das Gehirn eines Phthisikers, der im letzten Stadium vor dem Tode eine Parese des rechten Beins ohne Sensibilitätstörung zeigte. Er diagnosticirte und fand auch eine Platte tuberculöser Meningitis über dem oberen Theil der aufsteigenden linken Parietalwindung und über dem lobulus paracentralis. Ausserdem fand sich noch eine meningitische Stelle über dem oberen Drittel der aufsteigenden Frontalwindung, obgleich der Arm intact gewesen war. D. nimmt an, dass die Läsion an dieser letzten Stelle sich noch nicht tief genug in die Rinde hinein gesenkt hätte und dass die Parese des Arms hinzugekommen wäre, wenn der Patient nicht zuvor gestorben wäre.

53) **Rendu** führt einen 28 jährigen Mann vor mit Symptomen der Radialparalyse, die dieser selbst als durch Druck entstanden angiebt. Die elektrische Reaction war jedoch normal und es fand sich bei genannter Untersuchung noch eine leichte Hemiplegie mit Hemianästhesie und Einengung des Gesichtsfeldes. Er diagnosticirte Hysterie und Troisier, der den Patienten bereits behandelt hatte, schloss sich seiner Meinung an. Rohden (Oeynhausen).

IV. Académie de médicine zu Paris.

Sitzung vom 27. October 1885. (Union médicale).

54) **Pasteur** verliest eine Arbeit betitelt: *Methode zur Verhütung der Hundswuth* nach dem Biss.

Joseph Meister, Hirtenknabe von 9 Jahren kam, nachdem er zwei Tage vorher, am 4. Juli von einem tollen Hunde gebissen, in P.s Laboratorium. Er zeigte an verschiedenen Körperstellen zahlreiche Bisswunden, von welchen einige zwölf Stunden nach dem Biss mit Carbolsäure geäzt worden waren. „Da der Tod unvermeidlich schien“ entschloss sich P. seine an Hunden erprobte Methode an Pat. zu versuchen. In Vulpian's und Grancher's Gegenwart wurde am 6. Juli in die Bauchhaut eine halbe Pravaz'spritze von Rückenmark eines an Hunds-

wuth gestorbenen Kaninchens eingespritzt. Dieses Mark war bereits 14 Tage in einem Fläsch'chen bewahrt worden und in der Folge wurden täglich, während zehn Tage dreizehn Impfungen mit 14, 12, 11, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2 und 1 Tage altem Mark gemacht. Gleichzeitig wurden Kaninchen mit denselben Massen geimpft und erwies sich, dass nur das Mark der letzten 5 Tage virulent war und nach 7—14 Tagen rabies hervorrief.

Die Gesundheit des Patienten lässt auch noch am Tage des Vortrags, 3 Monate und 3 Wochen nach dem Biss, nichts zu wünschen.

Rohden (Oeynhausen).

V. Société d'anthropologie zu Paris.

Sitzung vom 3. Decbr. 1885. (Le Progrès. méd. Nro. 50. 1885.)

55) **Manouvrier** demonstrirt das Gehirn einer 53 jährigen, melancholischen Geisteskranken. Dieselbe ist an einer Peritonitis, die sich im Anschluss an ein Uterusfibrom entwickelt hatte, zu Grunde gegangen. An der Oberfläche dieses Gehirns befindet sich ein fibröser Tumor, von Wallnussgrösse, der von der Dura mater ausgehend sich eine Vertiefung aushöhlte, indem er die Oberfläche des mittleren Drittels der aufsteigenden Parietalwindung niederdrückte. Während des Lebens wurde weder von motorischer noch von sensibler Seite die geringste Störung beobachtet.

56) **Deniker** hat an 14 Gorillaschädeln verschiedenen Alters eingehende Studien über die Entwickelung des Schädels gemacht. Die Ossificationspunkte sind dieselben beim Gorilla wie beim Menschen, die Reihenfolge ihres Erscheinens ist verschieden. Die Frontalpunkte haben im Vergleich mit dem Menschen einen Vorsprung; für die Hinterhaupts- und Warzenfortsatzregion dagegen existirt ein Rückstand. Was den Schluss der Näthe anlangt, so schliesst die Frontalnath beim Gorilla sich früher als beim Menschen während in den Hinterhaupts- und Warzenfortsatzregionen die Suturen sich später schliessen. Die Fontanellen schliessen sich in folgender Reihenfolge: die Hinterhauptsfontanelle, dann die Keilbeinfontanellen, die Stirnfontanelle und schliesslich die Warzenfontanellen. Aus dieser Beobachtung geht hervor, dass das Gehirn des Gorilla sich weit mehr nach hinten und gegen die Basis zu entwickelt als nach vorn; beim Menschen ist dies in entgegengesetzter Richtung der Fall. Die Verschiedenartigkeit offenbart sich erst mit dem Zeitpunkte des Erscheinens des ersten Backenzahns, bis dahin vollzieht sich die Entwickelung in gleicher Weise beim Gorilla wie beim Menschen. Von diesem Moment jedoch unterscheiden sich die beiden Schädel sehr rapid. Beim Anthropoiden nimmt das Hinterhaupt eine mächtige Entwickelung; die Kiefergegend vergrössert sich ebenfalls sehr schnell, später weicht das Hinterhaupt noch mehr nach hinten zurück, die so markirte Crista zeichnet sich und tritt bald hervor, dann formirt sich der Unterkiefer und rückt kräftig nach vorn vor.

Rabow (Berlin).

IV. Tagesgeschichte.

Aus Berlin. *Die städtische Irrenpflege* nimmt einen jährlich grösseren Theil des städtischen Budgets in Anspruch. Im vergangenen Jahre hatte die Stadt für 1909 Geisteskranke (957 Männer und 952 Frauen) zu sorgen, von denen 1247 in der Dalldorfer Anstalt untergebracht waren. Die Verwaltung der ebengenannten Anstalt selbst erforderte im letzten Jahre einen städtischen Zuschuss von 579,655 M. Unter den in die Abtheilung für sieche Irre und Epileptische aufgenommenen 246 Männern befanden sich 30, unter den 182 Frauen 15, welche mit dem Strafgesetzbuch in Widerstreit gerathen waren. Als „Gewohnheitsverbrecher“ waren drei Männer und zwei Frauen zu bezeichnen gewesen; ihre genügende Ueberwachung machte viele Schwierigkeiten, konnte aber doch mit Erfolg durchgeführt werden. Die grössere Zahl der mit dem Strafgesetzbuch in Conflikt gerathenen Geisteskranken kommt in die Irrenabtheilung und ist nichts näher angegeben. Die grösste Zahl der im vorigen Verwaltungsjahre in die ganze Anstalt aufgenommenen männlichen und weiblichen Personen gehören dem *Handwerkerstande* an. Von den 490 aufgenommenen Männern gehörten an: 197 dem Handwerkstande, 95 dem Arbeiterstande, 71 dem Stande der Kaufleute und Gewerbetreibenden, 62 dem Beamtenstande, 18 dem Künstlerstande, je 9 dem Gelehrten- und Militärstande u. s. w. Unter den 383 aufgenommenen Frauen befanden sich 6 aus dem Gelehrtenstande, 3 Diakonissinnen und zwei Schauspielerinnen. Dem Alter nach waren von den aufgenommenen 873 Personen 6 zwischen 1—10 Jahren, 48 zwischen 10—20, 178 zwischen 20—30 Jahren, 290 zwischen 30—40 Jahren, 195 zwischen 40—50 Jahren, 88 zwischen 50—60 Jahren, 50 zwischen 60—70 Jahren, 15 zwischen 70—80 Jahren und 3 zwischen 80—90 Jahren alt. Von den Geisteskranken starben in Dalldorf 194 Männer, 112 Frauen, darunter 1 durch Selbstmord, 1 an Erstickung.

Aus Finnland. Herr Dr. Buch, Mitarbeiter dieser Zeitschrift, ist von Helsingfors nach Willmanstrand verzogen, woselbst er eine Wasserheilanstalt durch Kauf an sich gebracht hat.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Colditz, Assistenzarzt, 1800 M. und fr. Stat. 2) Halle a./S. (Universitäts-Irren- und Nervenklinik), 1. Assistenzarzt, sofort, 1400 M. und fr. Stat. Promotion und psychiatrische Erfahrung Bedingung. 3) Allenberg (Ostpreussen), II. Arzt, 1. April 1886, 3000 M., freie Wohnung etc. 4) Hildesheim, Assistenzarzt, 900 M. und fr. Stat. I. Cl. 5) Königslutter, 3. Assistenzarzt, 1000 M. und fr. Stat. 6) Carlsfeld (Privat-Irren-Anstalt), Assistenzarzt. 7) Alt-Scherbitz, II. Arzt. 8) Bunzlau, II. Arzt.

Ernannt. Kreisphysicus San.-Rath Dr. Ludwig Dieterich zum Reg.- und Med.-Rath in Oels. Dr. Halling zum Kreisphysicus in Glückstadt.

Todesfall. Med.-Rath Dr. Voppel, der frühere Director von Colditz, 73 Jahre alt in Nossen.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern. jede zwei Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von
Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

9. Jahrg. — 1. Februar 1886. — Nro. 3.

INHALT.

I. Originalien.

(Aus der medicinischen Klinik des Herrn Geheimrath Dr. von Ziemssen in München.)

Ueber eine eigenthümliche Erscheinung (Mitbewegung) bei Tabes dorsalis.

Von Dr. R. STINTZING,
Docent für innere Medicin.

Der im Nachstehenden beschriebene Fall von Tabes dorsalis bietet nichts Ungewöhnliches ausser einer eigenartigen Erscheinung, die ich in dieser oder ähnlicher Weise noch in keinem anderen Falle

beobachtet habe. Auch in der Litteratur findet sich meines Wissens kein Analogon. Die Beobachtung hat einstweilen weder irgend welche pathognomonische Bedeutung, noch lässt sie einen einleuchtenden Erklärungsversuch zu. Ihre Seltenheit allein scheint mir diese Mittheilung zu rechtfertigen.

Um die zu Grunde liegende Krankheit genügend zu kennzeichnen schicke ich die Krankengeschichte voraus.

Ludwig Beyerle, 38 J., Hemdengeschäftsinhaber, behandelt vom 20. Novbr. bis 20. Dezbr. 1885, bereits im Mai 1884 auf der Klinik, machte damals folgende Angaben: Seit 1 Jahr wiederholt *pelziges Gefühl* im rechten Zeige- und Mittelfinger, welches sich nach einer Stunde gewöhnlich wieder verlor und neuerdings weder häufiger noch intensiver wurde. Seit Anfangs Januar (1884) häufig *Kältegefühl* in beiden Unterschenkeln, und *zusammenschnürendes Gefühl im Unterleib.* Seit eben so lange *rasche Ermüdung* und zunehmende *Unsicherheit* beim Gehen, sowie nach längerem Gehen Unfähigkeit das Wasser gut zu halten. Potenz angeblich vollkommen erhalten. Niemals Sehstörungen. Stuhl immer regelmässig. Appetit und Allgemeinbefinden gut. Seit 7 Jahren alljährlich eine Abscedirung am After mit reichlicher Eiterentleerung. Früher stets gesund. Infection in Abrede gestellt. Keine Excesse. Mutter an Altersschwäche, Vater in hohem Alter an einem Gehirnleiden gestorben. Sonst in der Familie kein Nervenleiden.

Der Kranke, ein unruhiger Geist, verweilte damals nur kurze Zeit auf der Klinik. Zur Vermeidung von Wiederholungen sei aus dem damaligen Status praesens nur hervorgehoben, dass Pat. noch stehen und gehen konnte, dass er keine Spur von Ataxie und — allerdings bei grober Prüfung — keine objektiven Sensibilitätsstörungen ausser einer Andeutung des Brach-Romberg'schen Symptoms zeigte. Schon damals bestand eine messbare Atrophie der linken Unterextremität und linksseitige Peroneus-Lähmung. Die Diagnose „atypische Tabes" wurde damals gestellt mit Rücksicht auf die Anamnese und auf Grund der *Abwesenheit des Patellarsehnenreflexes*, sowie *des pupillaren Lichtreflexes.*

Im Laufe der nächsten 1½ Jahre entzog sich Pat. meiner Beobachtung, kam aber noch zweimal auf mehrere Wochen in's Krankenhaus, wo er auf einer anderen Abtheilung behandelt wurde.

Bei seinem neuerlichen Eintritt in die Klinik (20. Novbr.) gab Pat. an, dass sein Leiden langsame Fortschritte gemacht. Insbesondere könne er nicht mehr stehen und gehen, ohne auf beiden Seiten unterstützt zu werden. Ferner besteht jetzt schon längere Zeit pelziges Gefühl in den Sohlen, und treten öfters lancinirende Schmerzen auf der Brust und in den Schultern (nie in den Extremitäten) auf. Seit ca. 2 Monaten pelziges Gefühl auch im Mittel- und Ringfinger der *linken* Hand. Hier und da noch schwaches Gürtelgefühl. Der Urin ging wiederholt unwillkürlich tropfenweise ab. Stuhl obstipirt. Potenz hat nachgelassen. Keine Sehstörungen, keine gastrischen Krisen etc. Allgemeinbefinden, Appetit gut.

Status praesens. Mittelkräftiger ziemlich gut genährter Körper mit blasser Hautfarbe. Puls klein, weich, regelmässig von mittlerer Frequenz. Ausser einer geringen Dämpfung der linken Lungenspitze innere Organe normal.

Pupillen gross und gleich weit, *reagiren nur auf sehr intensiven Lichtreiz* —

direktes Vorhalten einer Flamme — und selbst dann verengern sie sich nur sehr *träge und sehr unvollkommen*, so dass noch immer eine mittlere Pupillenweite bestehen bleibt. Dagegen findet *bei stärkerer Accomodation* eine *prompte Verengerung* statt in viel grösserem Umfange als auf Lichtreize.

Motorisches Verhalten. Stehen nur mit Unterstützung beider Hände mit vornübergebeugtem Körper und gespreizten Beinen möglich. *Gehen kann Pat. nur noch*, wenn er *in beiden Achseln gestützt* wird; dabei findet jedoch nur noch eine schwache Bewegung im Hüftgelenk, resp. eine Beckenverschiebung statt, die Kniee werden fast ganz durchgedrückt gehalten, der linke Fuss total geschleift, der rechte besser gehoben. — In der Rückenlage ist das Erheben des Fusses mit gestreckter Unterextremität links gar nicht ausführbar, rechts nur für einen Moment bis zur Höhe eines Fusses. Beugung und Streckung im Hüft- und Kniegelenk im Liegen gut ausführbar und mässig kräftig, rechts kräftiger wie links. Plantarflexion des Fusses und der Zehen beiderseits gut, Dorsalflexion rechts gut; links nur die Zehen dorsalwärts gebeugt, während der Fuss gar nicht gehoben werden kann. — Aufsitzen im Bett ohne Hülfe der Arme etwas mühsam. Bauchpresse kräftig angespannt. Die oberen Extremitäten zeigen normale und kräftige motorische Functionen.

Beständige *fibrilläre Zuckungen* (nach dem Aufdecken) in den Ober- und Unterschenkeln. Am übrigen Körper fehlen derartige Zuckungen.

Eine *Störung der Coordination* lässt sich nur an den Unterextremitäten erkennen. So z. B. kann die Ferse des einen Fusses auf das Knie oder die grosse Zehe der anderen Extremität erst nach wiederholtem Hin- und Herfahren aufgesetzt werden. An den Oberextremitäten lässt sich keine Ataxie nachweisen.

Sensibles Verhalten. Leise Berührungen werden mit Ausnahme der grossen Zehe an allen Stellen der Unterextremitäten gefühlt, prompt signalisirt und genau localisirt. Bei tiefen Nadelstichen wird an den Unterextremitäten nur ein tactiler Eindruck (Berührung mit einem stumpfen Gegenstand), kein Schmerz empfunden. Erst an den Oberschenkeln findet sich wieder Schmerzempfindung, aber mit einer Trennung der Tast- und Schmerzempfindung und Verlangsamung der Schmerzleitung um 2—3 Sekunden; oberhalb der Leistengegend die letztere nicht mehr verlangsamt.

Tastkreise: Grosse Zehe beiderseits > 40 Mm.
Fusssohle „ > 100 „
Innerer Fussrand R. 55 L. einfache Berührung doppelt gefühlt.
Fussrücken-Mitte R. 75 L. > 100.

Verhalten der Reflexe. (Pupillenreflex s. o.). Fusssohlenreflex schon beim Kitzeln auftretend, beim Streichen und Stechen sehr prompt und extensiv, bei stärkerem Streichen sogar excessiv. Cremasterreflex fehlt beiderseits bei Anwendung der verschiedenartigsten Reize. Bauchreflex fehlt rechts, links vorhanden. Bei stärkerer Reizung der Bauchdecke tritt sowohl rechts als links eine prompte Einziehung der betreffenden Bauchseite und Hüftengegend ein, sowie eine schwache Bewegung der Beine. *Patellarsehnenreflex beiderseits vollständig erloschen.*

Vasomotorisch-trophisches Verhalten. Muskulatur der linken Unterextremität schwächer entwickelt und von schlafferem Tonus als die der rechten. Die Maasse beim jetzigen Status, verglichen mit denen vor 1½ Jahren, betrugen:

		Mai 1884.	Novbr. 1885.
Grösster Wadenumfang	links	29.3	31.0
	rechts	32.0	35:5
Oberschenkel am oberen Rand der Patella	links	32.5	32.4
	rechts	34.0	34.2
Kleinster Umfang des Oberschenkels	links	32.0	
	rechts	33.2	

Die Temperatatur des rechten Unterschenkels ist etwas höher als die des linken.

Elektrische Prüfung.

N. cruralis (5) = 20 □ Cm.[1]				M. rectus fem. (5)		
rechts		links		rechts		links
100	Far. E.	104 mm. RA		95	Far. E.	103
2.1	KSZ	2.2 MA		·2.5	KSZ	2.3
6.2	ASZ	6.0 „		4.2	ASZ	2.7
13.0	AOZ	11.0 „		n. n. 15,0	AOZ	n. n. 15.0[2])
Zuckungen prompt.				Zuckungen prompt.		

N. peroneus (2) = 3 □ Cm.		
rechts		links
115	Far. E.	105
2.6	KSZ	2.5
3.0	ASZ	5.5
3.8	AOZ	n. n. 5.5

Zuckungen prompt.

L. N. ulnaris (2): Far. E. 125 KSZ 2.2

L. N. frontalis (2): Far. E. 127 KSZ 1.2.

Die Untersuchung des Kranken ergab also: Motorische Parese und Ataxie der Unterextremitäten, Paralyse im l. Peroneusgebiet, partielle linksseitige Muskelatrophie bei normaler elektrischer Erregbarkeit, Paraesthesien, auf die grossen Zehen beschränkte Anaesthesie, Analgesie der Unterschenkel, Verlangsamung der Schmerzleitung an den Oberschenkeln, Vergrösserung der Tastkreise, aufgehobene Sehnenreflexe, stark herabgetetzten Lichtreflex der Pupillen, theilweise gesteigerte Hautreflexe (Hyperaesthesie?), Störung der Blasen- und Mastdarmfunktionen, geschwächte Potenz: also das klinische Bild einer Tabes dorsalis im Anfang des Lähmungsstadiums. Muskelatrophien, fibrilläre Zuckungen und *dauernde* partielle Lähmungen wie die in unserem Falle seit über $1^1/_2$ Jahren bestehende Lähmung des l. Peroneus gehören zwar nicht zum typischen Krankheitsbilde der Tabes, diese Neben-Erscheinungen lassen jedoch den Grundtypus nicht verkennen und sind auch von anderen Beobachtern oft genug bei Hinterstrangsklerose gefunden worden — partielle Lähmungen allerdings gewöhnlich nur als temporäre (Pierret, Erb u. A.) —, um die Diagnose ausser Zweifel zu stellen.

---

[1]) Bedeutet: runde Elektrode von 5 Cm. Durchmesser = 20 □ Cm. Querschnitt.

[2]) n. n. bedeutet: „noch nicht bei“.

Ueber die Ausdehnung des anatomischen Prozesses, der sich den geschilderten Symptomen gemäss wohl nicht auf die Hinterstränge beschränkt haben kann, enthalte ich mich jeder Vermuthung. Bemerkenswerth ist aber wie bereits Eingangs angedeutet, ein sehr aussergewöhnliches Phaenomen, dessen Beobachtung ich dem Zufall verdanke. Dem Kranken selbst war es keineswegs entgangen, ohne dass er indessen selbst darauf aufmerksam gemacht hatte.

Als ich nämlich zur Prüfung der Bauchmuskelfunktion den Patienten husten liess, fiel mir auf, dass bei jedem Hustenstoss die auf den Füssen liegenden Bettdecken in die Höhe gehoben wurden. Bei häufig wiederholter Untersuchung stellte sich heraus, dass dies keine zufällige Erscheinung war, sondern dass sie sich während des ganzen vierwöchigen Aufenthaltes des Patienten auf der Klinik jeden Augenblick hervorrufen liess. Jede Simulation war ausgeschlossen. Der genaueren Betrachtung stellte sich nun die Sache folgendermassen dar. *Jedem willkürlichen Hustenstoss entsprach eine Beugebewegung im Hüftgelenk*, deren Extensität der Intensität der Hustenstösse proportional war. Mehrere auf einander folgende Hustenstösse steigerten den Effect in der Art, dass z. B. beim erstmaligen kräftigen Husten die Oberschenkel bis zu einem rechten Winkel, beim zweiten Male bis zu einem spitzen Winkel gegen den Leib flectirt wurden. Dabei waren die Kniegelenke schlaff und gebeugt, die Oberschenkel wurden nicht parallel gegen den Leib angezogen, sondern divergirten nach oben und aussen. Die Bewegungen erfolgten ohne Tremor, ohne von der geraden Bewegungsrichtung nur einen Augenblick abzuweichen; sie fielen genau mit den Hustenstössen, d. h. mit den kräftig fühlbaren Contractionen der Bauchmuskeln und dem unter dem bekannten Geräusch durch die Glottis entweichenden Luftstrom zusammen. Unmittelbar nach Vollendung der Bewegung waren die Unterextremitäten vollkommen erschlafft und ruhig, um alsdann ihrer Schwere nach wieder zurück zu sinken. Dieselbe Erscheinung tritt wie Pat. angibt auch auf beim Sitzen. Dabei soll es bisweilen, wenn der Kopf vornübergebeugt ist bis zur Berührung von Knie und Kinn kommen. Mit welcher Kraft die Bewegung ausgeführt wird, geht aus der Erzählung des Pat. hervor, dass wenn er beim Sitzen am Tisch den Husten nicht unterdrücken könne, der Tisch durch die emporgeschnellten Beine gehoben werde.

Eine *willkürliche Unterdrückung des Phänomens* war dem Patienten *nicht möglich.*

Suchte man es passiv in der Rückenlage zu unterdrücken durch Niederhalten der Oberschenkel, so bedurfte es eines nicht unbeträchtlichen Kraftaufwandes, um die Beugung der Oberschenkel hintanzuhalten. Eine Erhebung des Oberkörpers, dessen Gewicht offenbar grösser ist als das Aufgebot an Muskelkraft, erfolgte bei diesem Versuch nicht, doch fühlte man kräftige Muskelcontractionen an der Vorderfläche der Oberschenkel. Nur bei sehr temperirten Hustenbewegungen blieb der Bewegungseffect aus, die Muskelcontractionen waren aber gleichwohl fühlbar.

Die Muskeln, welche bei der genannten Bewegung, abgesehen von den beim Hustenact selbst betheiligten, in Function treten, sind der Rectus cruris und Sartorius, wie sich durch die Palpation erkennen lässt, und vor Allem der Iliopsoas. Aus der Zugwirkung des letzteren hauptsächlich resultirt die Hyperflexion der Oberschenkel mit Divergenz der Kniee.

Es liegt mir ferne, mich in Hypothesen über die Deutung des Wesens dieser exceptionellen Erscheinung zu ergehen. Nur möchte ich versuchen, sie einer der verschiedenen Gruppen von Bewegungsanomalien einzureihen.

Im ersten Augenblick glaubte ich, es könnte sich um eine Reflexbewegung handeln. Dagegen sprach aber der in jeder Richtung misslingende Versuch, durch Reize von irgend einer Körperstelle aus ähnliche Bewegungen zu erzielen. Es war ferner denkbar, dass bei der Contraction der Bauchmuskeln intramuskuläre sensible Nerven erregt wurden und dass von diesen aus eine abnorme Erregung gewisser motorischer Territorien des erkrankten Rückenmarks stattfand, die wiederum ihrerseits eine Innervation der genannten Muskelgebiete verursachte. Diese an sich unwahrscheinliche Annahme wurde widerlegt durch den elektrischen Versuch. Wenn ich die geraden und schrägen Bauchmuskeln bald einzeln, bald insgesammt, bald durch schwache, bald durch noch so starke faradische oder galvanische Ströme erregte: niemals trat die Erscheinung ein. Auch in verschiedener Stärke am Halse applicirte Ströme, selbst starke Phrenicusreizungen mit deutlicher Zwerchfellscontraction und nachfolgender plötzlicher Erschlaffung desselben, blieben ohne Wirkung.

War also danach das Zustandekommen der unwillkürlichen Bewegungen auf reflektorischem Wege nicht wahrscheinlich, so konnten nur noch ataktische oder Mitbewegungen in Frage kommen. Wenn nun auch bei Ataxie häufig eine grössere Zahl von Muskeln in Action tritt, als der intendirten Bewegung entspricht, so verlangt doch der Begriff der Coordinationsstörung, dass die gewollte Bewegung selbst unsicher und ungeordnet vor sich geht. Die Hustenbewegung, die in unserem Falle der willkürlichen Innervation entsprach, verrieth aber keine Spur von Unsicherheit.

Es bleibt demnach nur die Möglichkeit, das geschilderte Phänomen in der Weise aufzufassen, dass eine *coordinirte* willkürliche Bewegung sich abnormer Weise auf Muskeln ausdehnte, welche nicht in Beziehung zu der intendirten Bewegung stehen: also als *Mitbewegung*.

Vielleicht dürfte dieser Fall nicht ganz vereinzelt bleiben, wenn künftig öfters auf die geschilderten oder ähnliche Erscheinungen das Augenmerk gerichtet werden wird. Ob das ungewöhnliche Symptom nur bei Tabes vorkommt, ob es ausschliesslich spinaler Natur ist, diese und andere Fragen werden sich nur aufklären lassen, wenn ähnliche Beobachtungen in grösserer Zahl gewonnen werden können.

Aus diesem Gesichtspunkt wollte ich es nicht unterlassen, die Aufmerksamkeit auf eine wie ich glaube, noch unbekannte Erscheinung zu lenken.

München, den 25. Dezember 1885.

Nachschrift. Nach Einsendung meines Manuscriptes an die geehrte Redaction dieses Blattes erhielt ich von Herrn Dr. Oppenheim eine Mittheilung, die mir entgangen war. Danach hat dieser Autor am 20. März 1884 eine der obigen ähnliche Beobachtung in der Berliner Gesellschaft der Charité-Aerzte beschrieben. Dem Herrn Verfasser meinen besten Dank!

II. Original-Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 11. Januar 1886.

57) **Thomsen**: *Sensibilitätsstörungen bei Geisteskranken.*

Vortrag. untersuchte das Vorkommen sensorisch-sensibeler Anaesthesie bei Geisteskranken als Ergänzung früherer Arbeiten und fand, von Frauen ganz absehend, bei neunzehn geisteskranken Männern totale complete Anaesthesie, totale incomplete Anaesthesie, incomplete totale Hemianaesthesie und fleckweise Anaesthesie. Die Betheiligung der Haut und der Sinnesorgane ging immer Hand in Hand. Erstere zeigte mannigfache Verschiedenheiten, oft ein fleckweises Auftreten, wobei die Haut des Geschlechtstheils, immer frei blieb. In der Regel waren alle Qualitäten der Hautempfindung verloren gegangen, jedoch nicht unter allen Umständen. Auch war gewöhnlich die Anaesthesie stationär, über Jahr und Tag in einigen Fällen bestehend. Ihre Grenzen verschoben sich öfter etwas. Das Gesicht war immer betheiligt, mit Ausnahme eines Falles, durch eine concentrische Gesichtsfeldeinschränkung. Achromatopsie war in 6—7 Fällen vorhanden.

Das Gehör war immer herabgesetzt und zwar auf der Seite am meisten, auf welcher auch die Haut am stärksten betroffen war. Geruch und Geschmack waren selten betheiligt und zwar fielen einzelne Qualitäten ganz aus, während andere erhalten blieben. Auch der Muskelsinn war selten beeinträchtigt und alsdann immer auf der Seite am stärksten, wo auch die Haut.

Die untersuchten Kranken waren theils chronische Geisteskranke, theils waren sie nervöse Leute mit transitorischen Angstzuständen, weiterhin litten einige an epileptischen Anfällen und andere an Demenz.

Ursächlich sind drei Momente: Kopfverletzung, Epilepsie und Potus für die Geistesstörung und Anaesthesie von Wichtigkeit und zwar war 8 mal eine Kopfverletzung, 11 mal Epilepsie und 10 mal Potus zu konstatiren. Immer waren mehrere Momente zusammen vorhanden. Zwei Kranke wurden Potatoren nach einer Kopfverletzung und drei epileptisch nach einer solchen. Andere Momente traten in den Hintergrund. So konnten zwei Kranke als hysterisch bezeichnet

werden, zwei zeigten ein der Westphal'schen Neurose ähnliches Krankheitsbild, während in einem weiteren Falle Blei eine Rolle spielte. Einmal war eine Hemiplegie vorhanden und endlich auch einmal eine cerebrospinale Meningitis vorausgegangen.

Die Anaesthesien sind nach Ansicht des Vortrag. functionelle, cerebral bedingte, da sie anatomisch unmöglich sind, ein spontanes Schwanken zeigen, die Haut und die Sinnesorgane immer zugleich betreffen und zum Theil dem Transfert zugänglich sind. Letzterer wurde in 11 Fällen nicht gemacht, war in 3 erfolglos und hatte in 5 Erfolg. In einem Falle nur war der Transfert ein completer. Gegen die Auffassung der Störungen als hysterische spricht der Umstand, dass 11 Kranke reine Epilepsie, 8 Kranke deutliche Demenz zeigten, sowie das Fehlen des hysterischen Charakters. Letzterer fand sich nur bei einem Kranken. Schliesslich berichtet Vortrag. noch über den Fall von hallucinatorischer Verrücktheit mit stationärer Hemianästhesie von jahrelanger Dauer, bei dem keine Kopfverletzung, kein Potus, keine Epilepsie nachweisbar war. Dagegen hatte der Kranke 1866 eine Hemiplegie mit Sprachverlust gehabt, die eine Parese zurückgelassen hat. Der Transfert gelang in diesem Fall mit dem echten und falschen Magneten, wesshalb die sensorisch-sensible Störung nicht auf den Herd im Gehirn bezogen werden darf.

An der *Diskussion* betheiligten sich die Herren Uhthoff, Westphal, Remak und Thomsen.

Otto (Dalldorf).

III. Referate und Kritiken.

58) **E. A. Homén** (Helsingsfors): Contribution expérimental à la pathologie et à l'anatomie pathologique de la moelle épinière. (Experimentaler Beitrag zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Rückenmarks.) (Helsingfors, 1885 J. C. Frenckel et fils, 8°, 110 Seiten und 7 lithogr. Tafeln und 11 Abbildungen.)

Verfasser hat seit dem Jahre 1883, anfangs unter Vulpian's Leitung in Paris, später selbstständig im pathologischen Institut in Helsingfors Studien über halbseitige Durchtrennung des Rückenmarks und deren Folgen gemacht und die Resultate seiner äusserst fleissigen und gewissenhaften Forschungen in obiger Schrift niedergelegt. Mit der einschlägigen Literatur auf's Genaueste bekannt, erklären sich ihm die so verschiedenen Resultate der Forscher sowohl aus der Schwierigkeit genauer Beobachtung beim Thiere, der Verschiedenartigkeit der operirten Thiergattungen und der Verschiedenartigkeit der Operationsmethode, stellenweise auch dem Fehlen minutiösester mikroskopischer Untersuchung. Das Ziel, welches Verf. sich steckte, ist ein doppeltes 1) Studium der functionellen Störungen, 2) Studium der histologischen Veränderungen, speziell des Anfanges und des Ganges der secundären Degeneration.

Das Material bestand aus 53 erwachsenen Hunden, welche vor der Operation durch eine Injection von 3—5 Gramm Chloral in die rechte vena saphena narcotisirt wurden. Die Operationsmethode ist kurz folgende: sorgfältige Eröffnung des Rückenmarkskanals mit einem Meissel oder einer geeigneten Zange; anfangs ohne, später mit Eröffnung des Durasackes, Schnitt von der hintren Medianfurche aus, immer nach links gerichtet, ohne Abheben des Marks von seiner Unterlage; einige Male schonte er mit Absicht die Vorderstränge, andere Male ging er etwas über die Mittellinie nach rechts hinaus. Operation möglichst antiseptisch, ebenso Nachbehandlung, Schluss der Wunde mit einigen Näthen. Nach zwei Wochen war dieselbe meist geheilt. Die Thiere wurden nach einigen Tagen, resp. Wochen und Monaten, meist mit Berlinerblau getödtet. Das Rückenmark wurde in den verschiedensten Flüssigkeiten gehärtet.

Klinisches und Hypothesen: Die Beobachtung am lebenden Thiere ergab folgendes Resultat: unmittelbar nach der Operation (Hemisection links in der Höhe des 10. oder 11. Dorsalwirbels) Lähmung und Starrheit der beiden Hinterfüsse, Verminderung und selbst Verschwinden der Sensibilität daselbst. Verf. schreibt diese Anfangsstörungen den Erschütterungen und Circulationsstörungen zu, welche in Folge der Operation in der Nachbarschaft Platz gegriffen hatten und durch welche die physiologische Erregbarkeit, namentlich der grauen Substanz herabgesezt wurde. Nach dem Abklingen dieser Erscheinungen bleibt eine Lähmung des linken Hinterbeines bestehen, zuweilen mit starker Spannung, welche ganz allmählich schwindet; nach wenigen Tagen kann es sich schon etwas aufstützen, nach 2—3 Wochen kann es ziemlich gut gehen, nach einigen Monaten entdeckt man nur bei genauer Beobachtung einige Unsicherheit bei brüsquen Bewegungen, welche nie ganz zu schwinden scheint. Die nun angeführten (6) Beispiele erläutern das Vorstehende genauer; es ist daraus noch hervorzuheben, dass, wenn der linke Vorderstrang unverletzt geblieben war, die Lähmung eine unvollkommenre war und schneller verschwand. Links waren die Sensibilität und die Reflexe oft erhöht, auch bestand oft Temperaturdifferenz, 2 bis 4, einmal 8° C. zu Gunsten der linken Seite. Verfasser zieht den Schluss, dass nicht nur in den Seitensträngen, sondern auch in den Vordersträngen motorische Fasern den Zusammenhang zwischen Gehirn und peripheren Nerven herstellen. Da sich in der vernarbenden Wunde niemals neu entstehende Nervenfasern finden, so wird man hingewiesen auf Hülfsfasern, und zwar solche, die von der entgegengesetzten Seite des Marks kommen, wahrscheinlich durch die vordere Commissur, indem er dort eine zweite Halbkreuzung stattfinden lässt. Dieselbe findet ein Analogon in einigen Fällen Charcot's, in denen derselbe nach einseitiger Verletzung des Marks beim Menschen beide Seitenstränge erkranken sah, den der verletzten Seite stärker als der andern. Derselbe meint, dass beim Menschen die motorischen Fasern des Pyramidenstranges der einen Seite durch die vordere Commissur ohne Vermittlung einer Ganglienzelle in den Pyramidenstrang der andern Seite übergehen. *Histologisches:* Verf. macht einen strengen

Unterschied zwischen der sog. traumatischen und der eigentlichen secundären Degeneration. Die erste ist eine Woche nach der Verletzung am stärksten ausgebildet. In der in der Vernarbung begriffenen Wunde sieht man hauptsächlich Kerne, rothe Blutkörperchen und eine feinkörnige Masse, aus zerfallenden Nervenfasern bestehend; zu beiden Seiten der Wunde trifft man Lacunen von verschiedener Grösse, glasartige Körper enthaltend, die den gewöhnlichen Färbemitteln gegenüber beständig sind; die Axsencylinder sind theils geschwunden, theils geschwollen, die Capillaren erweitert und mit Blutkörperchen angefüllt; auch sieht man zuweilen eine Erweiterung des Centralkanals bis auf einige Entfernung von der Wunde und Angefülltsein desselben mit Blut. Ausserdem fand er auf dem Querschnittrande, fast homogene Massen, 40 μ und mehr im Durchmesser haltend, ähnlich denjenigen, wie sie Kahler nach Compression des Rückenmarks beobachtet hat, und den „kolbigen Auftreibungen" Kusmius. Diese Massen waren der Längsrichtung nach gruppirt, oft waren sie kreuzartig angeordnet und färbten sich in Anilinblau und Picrocarmin wie die Axencylinder; weiter von der Wunde entfernt werden diese Massen seltener. Nach einem Monat finden sich wenig oder keine Blutkörperchen, die letzterwähnten Massen weniger zahlreich in den noch vorhandenen Lacunen. Nach 6—7 Monaten ist von allem Diesem wenig oder Nichts mehr vorhanden. Die erwähnten Massen hält Verf. für das Product der alterirten Axencylinder, indem man Uebergangsstadien zu sehen bekommt. Der Schnitt allein bringt diese Veränderung nicht zu Stande, sondern sie ist schon eine Folge der secundären Degeneration.

Was zunächst den Sitz der letzteren anlangt, so gelangt Verf. zu folgenden Resultaten: Er legte die Schnitte von 1 zu 1 ctm. an und färbte ausser mit den sonstigen Färbemitteln namentlich mit Säure-Fuchsin. Durch die Behandlung mit diesem erhalten die Axencylinder eine blaue Färbung und sind mit einem mehr weniger breiten ungefärbten Hof umgeben, während am letzteren die arytrophische Substanz (Weigert) sich findet. — Was die aufsteigende Degeneration im Seitenstrang anlangt, die er nur bis zur oberen Hälfte des Halsmarks verfolgte, so fand er in Uebereinstimmung mit Singer, eine schmale Zone, oft unterbrochen von gesunden Fasern, das Nähere muss im Original und der Zeichnung nachgesehen werden; in absteigender Richtung fand er Degeneration im peripheren Theil des Vorderstrangs, namentlich im vorderen inneren Winkel desselben; der Seitenstrang zeigt in seinen hinteren Theilen eine gewisse Anzahl degenerirter Fasern, in der vorderen Hälfte finden sie sich hauptsächlich an der Peripherie; diese Erscheinungen nehmen nach unten schnell ab, sind aber im Lendenmark noch zu constatiren. In einzelnen Fällen fand er auch absteigende Degeneration im Seitenstrang der entgegengesetzten Seite; dieselbe beginnt direct unter der Region, wo die traumatische Degeneration aufhört und ist nicht sehr intensiv. Auch fand er in 2 Fällen eine absteigende Degeneration in den Hintersträngen, die beim Thiere noch nicht beobachtet ist und an die „Dégéneration en form de virguli" erinnert, welche M. Schultze beim Menschen nach Druck auf das

Rückenmark gesehen hat. Sie reicht bis $1^1/_2$ ctm. unter den Sitz der Verletzung. Er hält diese degenerirten Fasern für die von Stilling u. Brown-Séquard nachgewiesenen sich umbiegenden Verzweigungen der hinteren Wurzeln. In den Fällen, wo er im Halsmark operirte, konnte er die absteigende Deg. in den peripheren vorderen inneren Partieen der Vorderstränge und in dem hinteren Theile der Seitenstränge der operirten Seite bis zur Lendenanschwellung verfolgen, dagegen keine Degen. im Seitenstrang der entgegengesetzten Seite constatiren. Was die Natur der absteigend degenerirten Fasern anbelangt, so ist Verf. der Ansicht, dass auch in den Vordersträngen motorische Fasern sind und dass als solche, diejenigen aufzufassen sind, welche unterhalb in den peripheren Partieen degeneriren und welche den geraden Pyramidensträngen beim Menschen entsprechen, während er die im hinteren Theile der Seitenstränge degenerirten Fasern mit den gekreuzten Pyramidensträngen in Parallele setzt. —

Mikroskopisches Verhalten: Die ersten Spuren der Degeneration machen sich am Axencylinder bemerkbar; derselbe zeigt sich (bei Behandlung mit Säure-Fuchsin) dunkelroth, man sieht oft Bilder, wo er allein erkrankt ist, nie aber das umgebende Gewebe allein. Zuweilen schon 3, regelmässig aber 5 Tage nach der Operation beginnt die absteigende Degeneration der Seitenstränge; nach 3 Wochen sind alle Fasern der afficirten Stränge angegriffen. Um diese Zeit findet man amyloide Körperchen, und zwar alle möglichen Uebergangsstadien, zwischen diesen nur degenerirte Fasern.

Was den Grund der secund. Deg. anlangt, so kann er denselben nicht finden in der functionellen Unthätigkeit, entstanden durch die Unterbrechung der Leitungsbahnen, sondern es dürfte sich handeln um die Unterdrückung der Thätigkeit der trophischen Centren, welche schon Bouchard annimmt. Derselbe betrachtet die Pyramidenzellen der psychomotorischen Zone als trophische Centren derjenigen langen Fasern, welche die Continuität zwischen dem Gehirn und den peripheren Nerven herstellen. Bei dieser Erklärung erscheint es auch natürlich, dass grade die Axencylinder zuerst erkranken. Die Deg. schreitet nicht langsam fort, sondern entsteht gleichzeitig im Verlauf einer ganzen Faser, in dem die Ernährung gleichmässig aufhört; die Deg. zeigt sich zuerst in den Bündeln, in welchen sich die feinsten Fasern befinden. Nachdem die Deg. an den Axencylindern begonnen hat, theilt sie sich der Umgebung mit, anfänglich ist die Neuroglia nicht activ betheiligt, jedoch, regelmässig nach 20 Tagen, findet man eine Verdickung derselben und eine, wenn auch unbedeutende Vermehrung der Kerne, welche von den fixen Zellen der Neurolgia ausgeht.

Die wenigen Fälle, welche er beim Menschen zu untersuchen Gelegenheit hatte, stimmen mit obigem Bilde überein. Die näheren Details der interessanten Arbeit lohnen ein eingehendes Studium, wenn auch Manches im Bereich geistreicher Hypothese bleibt.

Stoltenhoff (Saargemünd).

59) **Jean Gasternatzvy:** Recherches expérimentales sur le tremblement dépendant de l'écorce grise des hémisphères du cerveau. (Experimentelle Untersuchungen über das von der grauen Rinde der Hirnhemisphären abhängige Zittern.) Arbeit aus dem Laboratorium von Vulpian. (Le Progrès méd. Nro. 52. 1885.)

Ausser dem bei der disseminirten Sclerose en plaques vorkommenden Zittern, das seinen Ursprung einer Läsion der vordern Seitenstränge des Rückenmarks zu verdanken scheint, giebt es noch andere Arten von Tremor, die mit einer anatomischen Rückenmarksveränderung nichts gemein haben. In solchen Fällen ist die Annahme gerechtfertig, dass der Tremor von einer Alteration gewisser Hirnpartien, wie z. B. der grauen Rinde der Hirnhemisphären, abhängig sei. Gerade die letztgenannte Art ist nun Gegenstand experimenteller Untersuchungen gewesen. —

In einigen Versuchen, in denen G. die vorderen Seitenstränge insultirte, um das Intensionszittern zu erhalten, bewirkte die Reizung der psychomotorischen Centren mittels des faradischen Stromes, nach Chloroformirung des Thieres, nicht nur an den hinteren, sondern auch an den vorderen Extremitäten ausgeprägten Tremor. Nach Constatirung dieser Erscheinung glaubte G., dass das unter diesen Umständen in der vorderen Extremität beobachtete Zittern die Folge der Chloroformirung oder vielmehr der Abschwächung der physiologischen Functionen der psychomotorischen Zone sei. In dieser Annahme wurde er durch die Thatsache bestärkt, dass er einen viel stärkeren faradischen Strom anwenden musste, als es gewöhnlich erforderlich ist, wenn gewisse Bewegungen bei einem nicht chloroformirten Thiere hervorgerufen werden sollten. — Ausserdem wurde die Berechtigung dieser Hypothese durch folgende Experimente bewiesen. An Hunden wurde, ohne vorherige Narcotisirung, die psychomotorische Zone der einen Seite bloss gelegt, darauf reizte man mit dem faradischen Strom des Dubois-Reymond'schen Schlittenapparates das psychomotorische Centrum einer Extremität. — Nachdem dies geschehen, wurde das Thier chloroformirt und von Neuem mit der Faradisation desselben Punktes der psychomotorischen Region begonnen. Um jede Verletzung des psychomotorischen Centrums zu vermeiden, berührte G. die Hirnoberfläche nur ganz leise und applicirte die Electroden nur 2 oder 3 Male. Man kann dies thun, wenn man die Lage dieses Centrums im Voraus genau kennt. Die psychomotorische Zone ist bekanntlich bei Hunden viel reizbarer als bei anderen Thieren. Aus diesem Grunde wurden für die Versuche Hunde gewählt. Drei ausführlich beschriebene Experimente beweisen, dass unter dem Einfluss des Chloroforms die Excitabilität der Rinde der Hirnhemisphären graduell abnimmt; gleichzeitig werden die Bewegungen schwächer, alsdann erst stellt sich Tremor ein. — Aus einem vierten Versuche wird ersichtlich, bis zu welchem Grade die Chloroformirung die Excitabilität der grauen Hemisphärenrinde abschwächt; denn man musste die Rollen um 200 millim. nähern, um ein weniger markirtes Resultat, als vor der Anästhesie zu erhalten. —

Diese experimentellen Untersuchungen scheinen gewisse klinische Thatsachen zu erklären und für den Sitz des Tremor in der grauen Hemisphärenrinde zu sprechen. Als hauptsächliches Bespiel muss hierbei der paralytische Tremor der progressiven Paralyse der Irren citirt werden. In der That besteht bei dieser Krankheit die wesentliche anatomisch-pathologische Läsion in der Periencephalitis. Dieser Prozess zieht bekanntlich Atrophie der Hirnrinde mit Schwund der nervösen Elemente und Proliferation des Bindegewebes, Production von Pigment u. s. w. nach sich. Es ist wahrscheinlich, dass diese Producte die Rolle von Excitation für die nervösen Zellen der Rinde spielen, die noch nicht ihre Functionen verloren haben. Andererseits giebt uns der paralytische Tremor, eins der wichtigsten Symptome dieser Krankheit, einige Fingerzeige, bezüglich seiner Abhängigkeit von der grauen Hirnrinde:

1. Dieser Tremor ist ein allgemeiner und sein Vorkommen in allen willkürlichen Muskeln des Körpers beweist, dass die ihn hervorrufende Läsion sich in einem Theile des Nervensystems befindet, mit welchem alle diese Muskeln in Verbindung stehen: und die graue Rinde der Hemisphären des Gehirns ist genau diese Region: 2) der paralytische Tremor begleitet stets die andern Symptome, welche, wie unbestritten feststeht, von Alterationen der grauen Hirnrinde abhängen wie z. B. die Symptome der fortschreitenden Dementia, Analgesie, epileptiforme Anfälle, vasomotorische und trophische Phänomene u. s. w. 3) bei Beginn der Krankheit ist der Tremor kaum bemerkbar bei geringen, feinen und complicirten Bewegungen, gleichzeitig mit dem Fortschreiten der Krankheit, wird der Tremor stärker. Schliesslich zieht in dem letzten Stadium der Krankheit dieser Tremor die vollständige Lähmung aller psychomotorischen oder willkürlichen Bewegungen nach sich. Folglich existirt eine Beziehung zwischen dem paralytischen Tremor und den andern Symptomen der Krankheit einerseits und anderseits mit der progressiven Entwickelung des pathologisch-anatomischen Prozesses der grauen Hirnrindenhemisphäre, welche den essentiellen Character der Krankheit constituirt. —

Rabow (Berlin).

---

60) **Deutschmann** (Göttingen): Ueber eitrige Meningitis nach Enucleatio bulbi. (Graefe's Arch. f. Ophthalmol. XXXI. 4.)

An der Hand von 26 aus der Literatur gesammelten und in ihrem Verlaufe kurz mitgetheilten Krankheitsfällen, von denen 10 zur Section gekommen sind, behandelt Verf. die im Anschluss an eine Enucleatio bulbi entstandene Meningitis. Dieselbe tritt akut, meist 24 bis 48 Stunden nach der Operation auf, befällt besonders die Basis und Convexität des Grosshirns, wie die Sectionen ergeben, und endet meist nach kurzem stürmischem Verlauf mit dem Tode (unter den 26 Fällen 22 Mal.) Als Ursache ist eine Infection der durch die Operation gesetzten Orbitalwunde anzunehmen, welche entweder durch den die Infectionskeime bergenden nucleirten bulbus selbst oder durch ungenügende Antisepsis während der Operation und in der Nachbehandlung bewirkt wird. Am durchsichtigsten sind in dieser Hinsicht die

Fälle, wo die Enucleation bei bestehender eitriger Panophthalmitis stattfand und der bulbus während der Operation platzte. Die Wege, auf denen die Infectionsträger nach den Hirnhäuten gelangen, sind zwar stets präformirt, unterscheiden sich jedoch in den einzelnen Fällen von einander. Obgleich die zur Obduction gelangten Fälle nach dieser Richtung nur mangelhaft untersucht worden sind, lässt sich doch, hauptsächlich aus den vom Verf. angestellten Thierversuchen (v. Graefe's Arch. XXVII 1, XXIX 3, XXX 4, XXXI 2, zur Pathogenese der sympath. Ophthalmie,) mit ziemlicher Sicherheit schliessen, dass die Verbreitung des Prozesses entweder durch die Scheidenräume der Sehnerven, oder der die fissura orbitalis superior durchsetzenden Nerven: oculomotorius, trochlearis, abducens, oder endlich durch Vermittelung der in den sinus cavernosus einmündenden Orbitalvenen sattfindet. —

Diese Erfahrungen mahnen den Operateur zur Vorsicht bei der Enucleation, vor Allem zur peniblen Ausübung einer regelrechten Antisepsis. Verf. empfiehlt im Hinblick darauf die der Operation folgende Conjunctivalnaht und glaubt aus demselben Grunde der von Alfred Graefe zum Ersatz für die Enucleation vorgeschlagenen Excuteratio bulbi, bei welcher der Bulbus immer mit dem scharfen Löffel ausgekratzt wird, eine Zukunft versprechen zu dürfen.

Hirschmann (Köln).

---

61) **C. Beevor** (London): A case of amyotrophic lateral sclerosis with clonus of the lower jaw. (Fall von amyotrophischer Lateralsclerose mit Clonus des Unterkiefers.) With a note on the jaw-jerk, or masseteric-tendon reaction in health and disease by A. de Watteville. (Bemerkung hierzu über das „Kieferphänomen" oder die „Massetersehnenreaktion" bei Gesunden und Kranken von Dr. A. de Watteville. (Brain, Januar 1886.)

Beevor berichtet folgenden Fall: Eine 46 jährige Frau bemerkte plötzlich Lähmung der linken Mundhälfte, und 6 Wochen später Taubheitsgefühl und Schwäche im linken Arm. 4 Monate nach dem ersten Symptom zeigten sich die Erscheinungen der Bulbärparalyse, nach weiteren drei Monaten begann auch der rechte Arm schwach zu werden. Bei der Aufnahme — 9 Monate nach Beginn der Erkrankung — fand B. neben den gewöhnlichen Symptomen der Bulbärparalyse hohe Abmagerung der linken Hand und des Vorderarmes, Schwäche der rechten Hand, mässige Rigidität beider oberen Extremitäten, aber die unteren gänzlich unbetheiligt. Das Kniephänomen war stark erhöht, bei Knipsen auf das untere Ende jedes Radius trat lebhafte Contraction der Ellbogenbeuger auf. Fussclonus fand sich nicht, dagegen ein auffallender *Clonus des Unterkiefers*, der sich durch Abwärtspressen des Kiefers mittels der auf die Zähne gelegten Finger leicht erzeugen liess und so lange anhielt als der Druck der Finger dauerte. Auch durch Schlag auf die Masseteren liess er sich hervorrufen. Leider konnte der Fall nicht weiter beobachtet werden, weil die Kranke sich der Behandlung entzog. B. wirft die Frage auf, ob das Zähneklappern

bei Frostgefühl nicht gleichfalls ein „Sehnenreflex" der Masseteren sei und ob nicht hierbei sämmtliche Reflexe erhöht seien.

A. de Watteville bemerkt hierzu, dass das „Kieferphänomen", was nicht allgemein bekannt, auch bei ganz gesunden Personen durch geeigneten Reiz hervorgerufen werden kann. Das Phänomen sei offenbar dem Kniephänomen analog und beruhe auf der plötzlichen Dehnung der Masseteren und der übrigen Kaumuskeln. Am geeignetsten, es zu erzeugen, sei ein plötzlicher Schlag mit einem Perkussionshammer auf ein flach den Zähnen aufliegendes Papiermesser und zwar dicht neben den Zähnen, nachdem durch das Messer der Unterkiefer leicht herabgedrückt sei. Das Object der Untersuchung dürfe indessen die Kiefermuskeln nur so weit anstrengen, dass dem Druck nach unten begegnet würde. Auf diese Weise könne in vielen Fällen besonders da, wo die gewöhnlichen Sehnenreflexe erhöht seien, mit Leichtigkeit ein lebhafter Clonus der Kaumuskeln erzielt werden. Sei das Phänomen erhöht, so genüge schon der Druck der Finger und Schlag auf diese zur Auslösung. Die Finger werden dann auf die Zähne oder auf die vorspringende Kieferleiste gelegt. In wie weit Verminderung, Fehlen etc. des Phänomens pathognomonisch ist, will Verf. vorderhand nicht erörtern. Durch die graphische Darstellung auf der rotirenden Trommel hat er die Latenz der Contraction zu etwa 0,02 Secunde berechnet, dies sowohl bei gesunden wie bei kranken Individuen. Dies würde, schliesst Verf., einen ferneren Beweis dafür liefern, dass es sich bei solchen Erscheinungen um *Muskelcontractionen*, nicht um *Reflexe* handele, weil der kürzeste *Reflex*, der Schluss des Augenlides auf Lichteinfall, etwa 0,05 Sec. betrage.

Matusch (Sachsenberg).

---

62) **Westphal** (Berlin): Ueber einen merkwürdigen Fall von periodischer Lähmung aller vier Extremitäten mit gleichzeitigem Erlöschen der elektrischen Erregbarkeit während der Lähmung.

(Berlin. Klinische Wochenschr. 1885 Nro. 31.)

W. beschreibt einen in der Literatur wohl einzig dastehenden Fall, der einen 12 jährigen Knaben betrifft, welcher an eigenthümlichen Anfällen von Lähmung aller 4 Extremitäten litt. Diese Anfälle traten unregelmässig auf, wurden meist von schmerzhaften Gefühlen eingeleitet, dann beginnt die Schwäche in den unteren Extremitäten sich geltend zu machen, nimmt dann an Intensität zu und geht auf die oberen Extremitäten über. Auf der Höhe des Anfalles besteht vollkommene Lähmung aller Extremitäten, *beinahe vollkommenes Erloschensein der faradischen und galvanischen Erregbarkeit der Nerven und Muskeln;* dabei ist die Sensibilität erhalten. Der Patient schreit laut auf bei der Untersuchung mit dem faradischen Strom.

Relativ rasch gehen diese Symptome allmählich sich lösend wieder zurück, so dass z. B. der Patient nach dem einen genau beobachteten Anfall, der Nachts auftrat, bereits am Abend des folgenden Tages wieder gehen konnte.

W. schliesst, nachdem er für die Aetiologie des Prozesses ein larvirtes Wechselfieber ausgeschlossen hat, die Besprechung dieses merkwürdigen Falles mit den Worten: „Wir stehen somit dem geschilderten Krankheitsfalle als einem Räthsel gegenüber und sind nicht einmal im Stande eine annehmbare Hypothese aufzustellen, weder über die Natur, der in grösseren Intervallen (nicht nach dem Wechselfieber-Typus) auftretenden Lähmungs-Erscheinungen, geschweige denn über die Ursachen des schnellen Erlöschens und den ebenso schnellen Wiederkehr der elektrischen Erregbarkeit der Nerven und Muskeln.“ Bastelberger (Eichberg).

63) **Landesberg** (Philadelphia): Atrophie des Sehnerven und Tabes dorsalis in Folge von Syphilis. (Berl. Klin. Wochenschrift 1885 Nro. 33.)

Der 39 jährige Patient hatte sich vor Jahren syphilitisch infizirt, eine Pillenkur durchgemacht und sich für geheilt betrachtet; machte zwei Recidive durch, die nach Jodkali-Gebrauch heilten. Nach 6 Jahren stellte er sich L. vor wegen asthenopischer Beschwerden und Konjunktivalkatarrhe; in dem folgenden Jahre trat eine leichteParese des Abducens auf; dabei gastrische Störungen und rheumatische Schmerzen. Durch elektrische Behandlung und Dampfbäder gehen diese Symptome zurück.

Nach weiteren 4 Jahren sieht L. den Patienten wieder; derselbe, vollständig heruntergekommen in seinem Ernährungszustande, zeigt Erscheinungen von Tabes und Sehnervenatrophie. Die eingeleitete Behandlung, Einreiben von grauer Quecksilbersalbe erzielte vollständige Heilung. Bastelberger (Eichberg).

64) **R. Carter**: A case of dislocation of first cervical vertebra. Recovery. (Ein Fall von Dislocation des 1. Halswirbels — Heilung.) (The medic. Record. 5. Septbr. 1885.)

Ein Matrose fiel aus einer Höhe von 25 Fuss mit dem Nacken auf ein aufgespanntes Seil und von da in das 10 Fuss tiefe befindliche Wasser: er war sofort bewegungs- und bewusstlos. Die 6 Stunden später vorgenommene Untersuchung ergab angeblich in Folge von Luxation des 1. Halswirbels nach von Paralyse, Kälte und Steifigkeit beider Arme, Steifigkeit der Beine ohne Lähmung, Unfähigkeit zu schlucken, (allmählich zunehmende) Anästhesie der Haut, Muskelzittern und Muskelspasmen, beständiges Werfen und Schlagen mit Händen und Beinen. Jeder Repositionsversuch löste sofort Bewusstlosigkeit aus, wobei die Gliedermuskulatur erschlaffte. Liess man das Haupt wieder nach hinten sinken, so kehrte das Bewusstsein langsam zurück unter gleichzeitig auftretenden Muskelkrämpfen. Pat. wurde chloralisirt und nun gelang die Reposition schnell, doch mit Aufwand grosser Gewalt. Der Mann konnte sofort wieder schlucken; Muskelzittern und Muskelsteife verschwand nach 2 Stunden, das Werfen etc. der Glieder am nächsten Tage. Der Nacken selbst war 12 Tage lang steif und schmerzhaft. Die im linken Arm vorhandenen vasomotorischen Störungen (Schweiss, cutane Congestion etc.) waren nach 16 Tagen noch nicht ganz verschwunden. Voigt (Oeynhausen).

65) **Phillipp Zenner** (Cincinnati, O.): Wound of the basilar portion of the brain. (Wunde des Basilartheils des Gehirns.) (The medic. Record. 10. October 1885.)

Der betreffende Patient fiel in eine ¼ Zoll dicke, zugespitzte eiserne Stange, die in der rechten Submaxillargegend schräg nach ein- und rückwärts 4 Zoll tief eindrang und nur mit grosser Gewalt herausgezogen werden konnte. Pat. verlor sofort die Sprache sowie die Fähigkeit, rechten Arm und rechtes Bein, Zunge, Schluck- und untere Gesichtsmuskeln zu bewegen; dabei hatte er volles Bewusstsein und normales Gesicht und Gehör, war aber äusserst ruhelos; auch bestand partielle Trigeminusanästhesie. Schnelle Besserung aller Symptome innerhalb weniger Wochen; von der 6. Woche ab jedoch bis zum Tage der Veröffentlichung des Falles (11. Woche) zunehmende Verschlechterung aller Symptome, namentlich trat Anästhesie im ganzen Trigeminusgebiet auf; dazu gesellte sich Polyurie. — Verf. meint, dass die Stange zwischen Atlas und Hinterhaupt in die Schädelhöhle drang und hier Verletzungen setzte, die (durch Blutgefässverschluss?) zu Gehirnerweichung führte; durch einfache Durchtrennung von Nerven oder Hirnsubstanz seien die verschiedene Symptome des Falles nicht sämmtlich zu erklären.

Voigt (Oeynhausen).

---

66) **Eulenburg** (Berlin) und **Melchert** (Grabow): Thomsen'sche Krankkeit bei vier Geschwistern. (Berlin. Klin. Wochensch. 1885, Nro. 38.)

Die vier von E. und M. untersuchten Geschwister gehören einer in Grabow in M. ansässigen Familie an. Der Vater vollkommen gesund, die Mutter neuropathisch. Aus dieser Ehe entstanden 3 Söhne und 3 Töchter, von denen die Söhne und die älteste Tochter an obengenannter Krankheit leiden, von den anderen beiden Töchtern leidet eine an Migräne, die andere ist chlorotisch.

Bastelberger (Eichberg).

---

67) **Drosda** (Wien): Ueber temporäre aphatische Zustände. (Wien. med. Presse 1885. Nro. 27—31, 33, 36—40, 42, 44—47.)

Unter temporären aphatischen Zuständen versteht der Verf. „im weiteren Sinne alle jene vielfachen, in gar mancher Richtung klinischerseits weit auseinandergehende Fälle, wo es während des zeitlichen Ablaufes irgend einer pathologischen Affection am Krankenbette vorübergehend zu einem manifesten Ausfalle und einer factischen Unterbrechung des sonst gewohnten normalen Ausdruckes der gedachten, gesehenen oder gehörten Worte kommt."

Es ist leicht ersichtlich, dass nach dieser Definition so ziemlich das ganze Gebiet der Aphasie in den Bereich der Abhandlung fällt, da ja selbst schwerer Herderkrankungen mit bleibenden Zerstörungen durch das Eintreten der anderen Hemisphäre compensirt werden können. In der That verbreitet sich der Verf. auch über alle möglichen Formen der Aphasie und citirt eine grosse Anzahl einschlägiger Fälle aus der Literatur. Naturgemäss legt er dabei einen ge-

gewissen Nachdruck auf jene Fälle, in denen die Aphasie nicht durch eine Herderkrankung, sondern durch eine mehr peripher gelegene und mehr allgemeine Läsion hervorgerufen wurde wie z. B. Meningitis, Commotio cerebri, Anämie, Intermittens, starke psychische Affecte bei Hysterischen sowohl wie bei Gesunden, Epilepsie, Katalepsie, Chorea, Alcoholismus, periphere Reize der verschiedensten Art, die reflectorisch wirken.

Für die Auffassung und Behandlung eines Falles werden natürlich derartige ätiologische Momente von grösster Wichtigkeit sein, bezugs der Prognose betont der Verf. besonders die schlimmen Aussichten bei sich wiederholenden Anfällen.

Krueg (Oberdöbling bei Wien).

---

68) **Möbius** (Leipzig): Ein Fall von recidivirender Facialislähmung. (Med. Jahrb. Band 207. Heft 3. pag. 249.

Am Schlusse einer vorzüglichen Arbeit „über periodische Oculomotoriuslähmung", auf die wir die Aufmerksamkeit lenken, theilt Verf. folgenden Fall von recidivirender Facialislähmung mit:

Z., ein z. Z. 26 jähr. Schlosser, aus gesunder Familie stammend, war bis auf die zu beschreibenden Störungen immer gesund gewesen.

Vor 6 J. trat nach einem Bade Schiefsein des Mundes, Verziehung desselben nach rechts beim Sprechen u. s. w. ein. Das Auge konnte damals leicht geschlossen werden. Anderweite Störungen bestanden nicht. Die Lähmung heilte nach ca. 4 Wochen von selbst.

Vor $^{5}/_{4}$ J., am 5. Juli 1884, früh 7 Uhr, trat eine rechtseitige Facialislähmung ein, angeblich nach Erkältung. Der Kr. kam am 10. Juli in die Leipziger med. Poliklinik und wurde daselbst electrisch behandelt. Die Lähmung soll erst nach 10 Wochen ganz verschwunden sein.

Am 17. Febr. 1885 kam der Kr. zum 2. Male, diesmal mit linkseitiger Facialislähmung, in die Poliklinik. Auch jetzt sollte Erkältung vorausgegangen sein. Der Kr. wurde vom Verf. untersucht und behandelt. Die Lähmung war nicht complet, betraf nur die mimischen Muskeln, Geschmack, Gehör, Gaumen waren ganz normal. Die elektrische Erregbarkeit war beiderseits gleich und normal. Anderweite Störungen fehlten ganz. Nach 5 W. wurde der Kr. geheilt entlassen.

Am 19. Oct. 1885 stellte sich der Kr. zum 3. Male vor, und zwar mit rechtseitiger Facialislähmung, welche ohne nachweisbare Ursache am 17. Oct. Nachm. 4 Uhr plötzlich begonnen und am nächsten Tage sich entwickelt hatte. Am 1. Tage hatte geringer Schmerz hinter dem rechten Ohre bestanden. Sonst absolut keine Beschwerden. Es fand sich ziemlich vollständige Lähmung der rechten Gesichtsmuskeln, die MM. occip. und retractor auriculae waren nicht nachweisbar geschwächt, Geschmack, Gehör, Gaumen normal. Die faradische und galvanische Erregbarkeit des Nerven und Muskeln beiderseits gleich und normal. An keinem andern Hirnnerven irgend etwas Krankhaftes. Motilität, Sensibilität, Reflexerregbarkeit am ganzen übrigen Körper normal.

Erlenmeyer.

---

69) **Rudolf Arndt** (Greifswald): Die Neurasthenie (Nervenschwäche) ihr Wesen, ihre Bedeutung und Behandlung; für Aerzte und Studirende.
(Wien und Leipzig bei Urban und Schwarzenberg, 1885.)

Schon einmal ist in diesen Blättern den Anschauungen Arndt's bezüglich der Neurasthenie entgegen getreten worden. (Siehe Moebius, dieses Centralbl. 1883. Nrö. 5.) Damals hatte Arndt den Artikel Neurasthenie für die von Eulenburg herausgegebene Realencyclopaedie der ges. Heilkunde verfasst. Das vorliegende Buch enthält die Erweiterungen und Begründungen der in jenem Aufsatze in nuce enthaltenen Ansichten und da es, wie das Titelblatt besagt, für Aerzte und Studirende geschrieben ist, so möge es einem pract. Arzte erlaubt sein, hier seine Meinung über dasselbe wiederzugeben. Der Gedankengang des sehr breit angelegten Buches ist derselbe, den Moebius a. a. O. bereits scizzirt hat. Nachdem Verf. in der Vorrede seinen von der gewöhnlichen Auffassung der Lebensvorgänge abweichenden Standpunkt praecisirt und der patholog. Anatomie, welche heutzutage für die Störungen der Lebensvorgänge als Grundlage gewählt wird, durchweg nicht die Bedeutung beimisst, die ihr gemeinhin gegeben wird, tritt er gleich in den *historisch-kritischen Vorbemerkungen (Erstes Capitel)* mit seiner Hauptansicht hervor, welche lautet: „Die Neurasthenie ist weder eine Krankheit sui generis, noch ist sie an und für sich eine Krankheit überhaupt. Es ist durchaus falsch, von functionellen Krankheiten im Gegensatze zu organischen zu reden, da alle Krankheiten organische sind und die, welche man als functionelle bezeichnet, auf so feinen Veränderungen der kleinsten Theile der Organe beruhen, dass sie bei oberflächlicher Betrachtung nicht verändert erscheinen.“ Mit diesem Ausspruche tritt Verf. der jetzt herrschenden Eintheilung entgegen, aber ohne direkte Beweise für seine Behauptung zu bringen. Dass es sog. moleculare etc. Veränderungen sind, welche den functionellen Nervenkrankheiten zu Grunde liegen, bezweifelt kein Mensch, aber in Bezug auf ihr Wesen, ihre Aetiologie etc. bilden letztere ein gemeinsames Ganzes, das in schroffem Gegensatze steht zu jenen Erkrankungen, bei denen anatomische Störungen im wahren Sinne des Wortes vorliegen. Bei der bezeichneten Auffassung des Verf.'s ist es dann auch selbstverständlich, dass eine sog. functionelle Nervenkrankheit in eine organische übergehen kann, ja er behauptet sogar, dass die erstere meistens die Vorläuferin der letzten sei. Nachdem Verf. nun weitläufig auseinandergesetzt, dass das, was er Neurasthenie nennt, durchaus keine durch die moderne Cultur erzeugte Krankheit, sondern so alt wie das Menschengeschlecht überhaupt sei, kommt er zur *Verbreitung* und dem *Wesen* der Neurasthenie *(Zweites Capitel)*. „Nervöse“ Menschen hat es zu allen Zeiten und bei allen Völkern gegeben, wie eine Anzahl von Beispielen uns zeigt. Und das eigentliche Wesen der Neurasthenie ist nach dem Verf. eben nichts weiter als neuropathische Disposition, die stärker entwickelt zu einer der grossen Neurosen oder gar zu schwerer Nervenkrankheit, Tabes, progressiver Paralyse wird. „Und wie das Nervenleben des normalen Menschen sich im Grossen und Ganzen

nach dem Zuckungs- und Erregungsgesetze des gesunden Nerven vollzieht, so das des nervenschwachen resp. nervenkranken nach dem Gesetze des ermüdeten, beziehungsweise absterbenden Nerven. Aber auch alle Psychologie, natürlich auch die Völkerpsychologie wird auf das angeführte Gesetz zurückgeführt und demgemäss alle aussergewöhnlichen Vorgänge in dem Völkerleben von Aenderungen in dem Verhalten des Nervensystems der dasselbe bedingenden Individuen abhängig gemacht.“ Wir können uns mit dieser Hypothese, welche bekanntlich Verf. auch seinem Lehrbuch der Psychiatrie zu Grunde gelegt hat, nicht sonderlich befreunden. Wir erinnern daran, welch' grosse Literatur die Uebertragung des Pflüger'schen Zuckungsgesetzes auf den *lebenden, menschlichen Nerven* hervorgerufen hat, wie different die Ansichten sich verhielten und wie bis heute eine endgiltige Entscheidung in Folge der complicirten Verhältnisse am Lebenden und besonders unter Berücksichtigung der Umhüllung der Nerven mit gut leitenden Geweben und der verwickelten physicalischen Verhältnisse noch nicht herbeigeführt ist. Filehne hat zwar versucht, eine Uebereinstimmung zwischen Brenner's und Pflüger's Gesetz herzustellen, aber es hat doch seine Deduction in mancher Beziehung etwas Gezwungenes (v. Ziemssen Electricität in der Medicin I. Bd. pag. 73). Und hier wird dieses Gesetz einfach auf alle Arten von Nerven beim lebenden Menschen übertragen, ohne Berücksichtigung der vielen sich dabei aufthürmenden Schwierigkeiten, ohne Beachtung des jeweiligen Reizes. Ist es denn z. B. so über allen Zweifel erhaben, dass die inneren, organischen Reize so ganz gleichwerthig den electrischen, chemischen u. s. w. der Physiologen sind? Und muss nicht das Gehirn, über dessen Erregbarkeitsverhältnisse wir so wenig Sicheres wissen, in seiner Gesammtheit auch bei der Annahme des Verf.'s diesem Gesetze folgen? Wohl wissen wir, dass der auf irgend eine Weise degenerirende Nerv verändertes Zuckungsgesetz darbietet, wohl mag beispielsweise bei der Neurasthenie vielleicht eine ganze Anzahl von Nerven ermüdet sein und wohl mögen sie dann erhöhte Erregbarkeit zeigen, aber „das Zuckungsgesetz“ auf sämmtliche Arten von Nerven übertragen zu wollen, ja es gewissermassen als Grundlage alles organischen Geschehens hinzustellen, scheint doch eine ganz willkürliche Annahme zu sein. Mit der hohen Bedeutung, die namentlich dem *peripherischen* Nervensysteme zugesprochen wird, mit seiner Einwirkung auf die verschiedenen Organe, stehen dann nach dem Verf. im Zusammhang die verschiedenen Functionen eben dieser Organe, die nach fünf oder sechs Kategorien des normalen, des normal und des krankhaft gesteigerten, des verminderten, des aufgehobenen und endlich des in ganz andere Bahnen gelenkten, andersartigen Geschehens vor sich gehen können. Und darauf wieder gründet sich die vom Verf. eingeführte Nomenclatur. Sie mag bei obiger Voraussetzung logisch sein, practisch ist sie sicher nicht und die Unzahl von Fremdwörtern wirkt so verwirrend, dass man Mühe hat, das oft wirklich Vorzügliche, dem Leben Abgelauschte, bis in's feinste Detail Gemalte der *„Symptome der Neurasthenie“ (Drittes Capitel)*

herauszufinden. Es klingt befremdend, dass Verf. von Symptomen der Neurasthenie spricht, da er doch eigentlich die N. als Krankheit gar nicht anerkennt und nach unserer Ansicht hätte Verf. überhaupt besser gethan, dem ganzen Buche den Titel „neuropathische Disposition" oder „hereditäre Disposition" zu geben, da seine Schilderungen nicht sowohl die anererbte Fähigkeit der Acquisition von Nervenkrankheiten, sondern von noch manchen anderen gar nicht in dieses Gebiet gehörigen Krankheiten durchweg betrifft. Freilich lässt sich durchaus nicht alles unterschreiben, was Verf. in dieses ausführliche Capitel hineingebracht hat, was bei der eigenthümlichen Auffassung des organischen Geschehens — denn die Knorpel- und Knochenzellen, die verschiedenen Wanderzellen, die weissen und rothen Blutkörperchen u. s. w. unterliegen demselben Gesetze wie das Nervensystem! — nicht Wunder nehmen kann. Das *vierte Capitel*, die *Ursachen der Neurasthenie*, wird durch seinen Schlusssatz vollkommen gekennzeichnet: „Die N. ist der Ausdruck einer Hypertrophie des Nervensystems, zu der die chlorotisch-nervöse Constitution die hauptsächlichste Veranlassung gibt. Die verschiedenartigsten Ursachen, so namentlich Dyskrasien und Kachexien können sie bedingen und damit erweist sie sich mehr als Symptom der manigfaltigsten Krankheiten und krankhaften Zustände, denn als eine solche selbst." Selbstverständlich wird den Momenten, die bis jetzt ursächlich wirkend zum Zustandekommen der N. angesehen sind, so z. B. den Anforderungen, welche das moderne Leben stellt, der Ueberbürdung der Schüler etc. bei *dieser* Auffassung die hohe Bedeutung abgesprochen. Ernährungsstörungen des Nervensystems werden sicherlich eine grosse Rolle beim Zustandekommen der in Rede stehenden Krankheit bilden, aber es fragt sich doch sehr, ob wir *jeden* Neurastheniker mehr oder weniger für einen Chlorotiker anzusehen haben (pag. 113). —

Wie ein hereditär belastetes Individuum beschaffen ist, wie es sich entwickelt etc., das wird ausfürlich im *fünften Capitel*, *Verlauf der Neurasthenie*, auseinandergesetzt. Wir begegnen hier einer Neurasthenie des Säuglingsalters, derjenigen des eigentlichen Kindesalters, des Knaben- und Mädchenalters, der Pubertätsjahre, und des Alters der Reife. Nicht allein ist die Neurasthenie des Kindesalters die Vorläuferin von Epilepsie, Chorea, Diabetes, Psoriasis, nein auch Krebs, Rheumatismus acutus, Schwindsucht wird in einer Anzahl von Fällen als Ausgang des betr. Symptoms hingestellt. Das glaube, wer da mag! Und im Alter der Reife, da ist die Zeit, wo die Sehnenreflexe schwinden und die schwere Rückenmarkskrankheit einsetzt. Wir möchten sagen, wenn man jetzt bei einem Neurastheniker derartige Symptome, die auf ein organisches Leiden des Rückenmarks schliessen lassen, findet, so wird man mit Schrecken gewahr, dass die Diagnose N. falsch war, denn die Neurastheniker werden sehr alt, ohne jemals Tabes etc. zu bekommen, ja je länger sie an N. leiden, desto sicherer ist die Diagnose Tabes etc. auszuschliessen. Verf. nennt das freilich dogmatische Voreingenommenheit und versucht durch eine ganze Reihe von Krankengeschichten namentlich seiner Behauptung des Ueberganges

von N. in Tabes und progressive Paralyse Beweiskraft zu verleihen. Wir müssen gestehen, wir waren gespannt auf diese Beweise, denn der Pathologe sucht doch gerade in den Krankengeschichten mehr noch als in theoretischen Raisonnements die Belege für seine Behauptungen zu bringen. Aber wir sind gründlich enttäuscht und zwar aus folgenden Gründen: Die ersten Fälle, welche den Uebergang der N. in Paranoia universalis lehren sollen, zeigen nirgends das ausgesprochene Bild der N., wie wir es zu sehen gewohnt sind, sondern bevor die Verrücktheit eintrat, allerhand z. Theil ererbte „nervöse" Symptome. Bei Fall IV (Uebergang in progr. Paralyse), ebenso wie bei Fall V ist mit ziemlicher Sicherheit die *Syphilis* als causales Moment anzuschuldigen. Bei Fall VI war bei einem von Haus aus mit N. behafteten Individuum dieselbe durch Ausschweifungen, vielleicht durch *Syphilis* gesteigert und soll dann schliesslich zu Tabes und progr. Paralyse geführt haben. Das ursächliche Moment neben der erblichen Belastung bleibt hier zweifelhaft.

Fall VII (N.-Tabes). Dazu ist zu bemerken, dass hin und wieder Tabiker an Neurasthenie zugleich leiden können, vor allem aber, dass leider nur zu oft noch diagnostische Irrthümer unterlaufen und N. vermuthet wird, wo schon Tabes incipiens besteht. Dasselbe gilt von Fall VIII und IX, bei letzterem wurde relativ früh „Erweiterung der rechten Pupille" constatirt. Bei Fall X (N. Moral insanity, Tabes) ist wiederum *Syphilis* die Hauptursache, bei Fall XI (Tabes) spielen intensive Erkältungen eine grosse Rolle. Bei Fall XII (Myeltitis spinalis) ist die Ursachs zweifelhaft. Ein erblich belastetes Individuum ging schliesslich an einem schweren organischen Leiden des Centralnervensystems, das lange Zeit nicht erkannt war, zu Grunde und Verf. meint, *vielleicht* wären die neurasthenischen Symptome der erste Anfang. Möglich immerhin, aber ein Beweis für die Entstehung der organischen Krankheit aus N. ist das nicht. Fall XIII (Myel. spinal. Enceph. diffus oder Vesan. paralyt. progr.) hat wiederum *Syphilis* in seiner Vorgeschichte; die Hirn- und Rückenmarkserkrankung, deren Ausbruch nach heftigem Schreck statt hatte, wird sogar durch Schmierkur wesentlich gebessert. Ebensowenig beweiskräftig sind die letzten 3 Fälle, in denen Carcinose mit der Neurasthenie in Zusammenhang gebracht wird. —

Das *sechste* und letzte *Capitel* (*Behandlung* der N.) leitet Verf. mit dem Satze ein, dass die Neurasthenie wohl kaum einer Heilung fähig sei. Das steht in logischem Zusammenhang mit seiner Ansicht von der N. überhaupt, aber in direktem Gegensatze zu der allgemeinen Ansicht und allgemeinen Beobachtung, welche lehrt, dass eine nicht geringe Anzahl der von dieser Krankheit Befallenen zur Genesung gelangt. Sonst sind die diätetischen Vorschriften und Regeln, die Verf. in diesem Capitel entwickelt, mit grosser Sachkenntniss vorzüglich geschildert. Ueberblicken wir zum Schlusse das Ganze, so müssen wir noch einmal unseren Standpunkt dahin fixiren, dass wir die Neurasthenie für eine zwar vielgestaltige, symptomenreiche cerebro-spinale Neurose halten, die aber als Krankheit sui generis sowohl von den

übrigen Neurosen und insbesondere von den organischen Krankheiten des Nervensystems abzuzweigen ist. Wir sind von des Verf. Ansicht, die namentlich von Beard's jetzt fast allgemeiu acceptirter Auffassung durchaus abweicht, durch die Lektüre seines Buches nicht überzeugt worden und vor allem, wir haben für seine fundamentale Behauptung, dass *functionelle* Nervenkrankheiten in *organische* übergehen können, nirgends auch nur den Schatten eines vollgiltigen Beweises finden können. Rühmend anerkennen müssen wir seine in anziehender Weise geschilderten, oft vortrefflichen und wo sie das psychische Gebiet streifen, ausgezeichneten Darstellungen, soweit sie nicht durch die verwirrende Nomenclatur beeinträchtigt werden, aber bekehren können wir uns zu seiner originellen, von der herrschenden abweichenden Grundanschauung nicht. Darum können wir die praktischen Aerzte, ganz besonders aber die Studirenden nicht eindringlich genug vor dem Buche warnen. Für den Nervenspecialisten wird es immer ein grosses, wenn auch vorzugsweise subjectives Interesse haben.

Goldstein (Aachen).

---

70) **L. Dana** (New-York): The acroneuroses. Functional nervous affections of the extremities. (Die Acro-Neurosen. Functionelle Nervenerkrankungen der Extremitäten.) (The medic. Record. 18. u. 25. Juli 1885.)

Verf. nennt Acroneurosen (*τὸ ἄκρον* = Extremität) die nicht auf irgend einer organischen Erkrankung beruhenden Neurosen der Extremitäten und theilt sie ein in vasomotorisch-trophische, sensorische, secretorische und motorische. Zu den erstern gehört die *Erythromelalgie*, die sich nach Verf. durch ihren progressiven und symetrischen Character, durch deutlich wahrnehmbare vasomotorische Störungen, auch durch das zeitweise Befallenwerden der Hände als nicht von einer Ischias abhängig zeigt, meist Männer im Alter 20—40 Jahren befällt, gewöhnlich nach heftigen Fiebern, Anstrengungen, Erkältungen u. s. w. auftritt und der Behandlung wenig zugänglich ist. Ihr ist eng verwandt die sogenannte Raynaud'sche *Krankheit* (Digiti mortui, locale Asphyxie, symmetrische Gangrän), die manchmal auch chronisch verläuft, meist (in Frankreich wenigstens!) Weiber von 18—30 Jahren betrifft, bei Kranken mit Malaria, Diabetes, allgemeiner Nervosität, Hysterie, namentlich aber auch Sclerodermie beobachtet wird und durch galvanischen Strom, Ruhe und Tonica gebessert, resp. geheilt werden. kann.

Unter den *functionellen sensiblen Störungen* der Extremitäten (die auf Neuritis beruhende Acrodynie gehört nicht hieher) sind sehr häufig und zwar namentlich bei Frauen *Parästhesien*, deren Ursache oft in Rheuma, Neurasthenie, Anämie etc. zuweilen auch in unpassendem Schuhwerke liegt; ferner *Hyperästhesien* (durch Alcoholismus, dünne Schuhsohlen etc.) und *Neuralgien* (auf reflectr. Wege z. B. von den Unterleibsorganen aus oder durch mechanische Fehler im Fusse (Morton's Luxations-Neuralgie, Velpeau's „Polizisten-Krankheit", Tarsalgie) entstanden).

Unter den *secretorischen* Acroneurosen bespricht Verf. kurz die *stets feuchten oder schwitzenden Hände* — eine Erkrankung, die zuweilen angeboren ist, meist bei nervösen Leuten sich findet und oft durch Acid. hydrobrom., auch wohl durch Strichnin, Chinin, Atropin u. s. w. geheilt wird. Voigt (Oeynhausen).

---

71) **Robert H. Porter** (Louisville, Kg.): Two cases of epilepsy with rare complications — grand and petit mal with short periods of trance and visions — hysteroepilepsy followed by prolonged trance. (Zwei Fälle von Epilepsie mit seltenen Complicationen — grand und petit mal mit kurzen Perioden von Exaltation.) (The medic. Record. 5. Sept. 1885.)

Die Fälle betrafen zwei Brüder im kindlichen Alter und aus tuberculoser Familie stammend; die Ursache wurde in kurz vorgehender Erschütterung des Kopfes durch Schlag etc. gesucht. In beiden erfolgte bald Heilung. — Voigt (Oeynhausen).

---

72) **A. Leontjew:** Ein Fall von Epilepsie in Folge von Bandwürmern. (Wratsch 1886. Nro. 1. russisch.)

Pat. ist ein nervöses, reizbares Mädchen von 21 Jahren, das seit dem 12. Jahre an epileptischen Anfällen litt, die 3—4 Mal im Jahre, ohne jede sichtbare Ursache auftraten und etwa $1/2$ Stunde dauerten; ausserdem hatte Pat. alle Abende unangenehme Beschwerden von Seite des Herzens, als ob „das Herz überfliessen und stille stände“, so dass sie schnell im Bette eine sitzende Stellung einnehmen müsse, worauf ihr besser würde. Diese Anfälle wiederholten sich 2—3 oder mehrere Male des Abends, auch litt sie oft an Uebelkeiten. Bei genauerem Nachfragen ergab sich, dass mit dem 10. Jahre sich bei Pat. Bandwürmer gezeigt hatten, die sich als taeniae solium erwiesen. Verf leitete eine Behandlung zur Abtreibung derselben ein, was auch gelang. Seitdem ist seit zwei Jahren kein weiterer epileptischer Anfall aufgetreten, die abendlichen cardialgischen Beschwerden verschwanden sehr bald, auch die Nervosität und Reizbarkeit haben bedeutend nachgelassen. (Die Beschreibung des vom Verf. selbst nur einmal gesehenen Anfalles ist nicht ganz genügend um denselbon mit Sicherheit vom hysterischen unterscheiden zu können.

Buch (Willmanstrand, Finnland).

---

73) **Peretti** (Andernach): Ueber hereditäre choreatische Bewegungsstörungen. (Berl. Klin. Wochensch. 1885 Nro. 50 und 52.)

P. hatte in Andernach Gelegenheit, den Stammbaum einer Familie zu eruiren in der viele Glieder an choreatischen Bewegungen und Geistesstörung litten. Frau M. war wegen Chorea und psychischen Störungen in die Anstalt aufgenommen worden und bei näherer Nachforschung zeigte sich, dass sie aus einer Familie stammte, in der fast alle Mitglieder mehr oder weniger mit solchen Störungen behaftet

waren. Aus dem aufgestellten Stammbaum ergibt sich, dass die Grossmutter der Patientin, Frau N. an Chorea und Geistesstörung gelitten hatte. Sie hinterliess 3 Töchter und einen Sohn. 2 Töchter waren gesund und begründeten gesunde Familien; eine Tochter litt an Chorea und der Sohn an Chorea und Geistesstörung. Die Nachkommen dieser beiden sind nun fast sämmtlich afficirt.

Die Tochter Frau A. hatte 5 Kinder, sämmtliche mehr weniger erkrankt (3 an Chorea, 1 Potator, zittert, 1 geistesschwach) der Sohn Anton N. erzeugt in 2 Ehen 10 Kinder, von denen nur eine Tochter ohne nervöse Störungen bleibt (2 Söhne sind verzogen und nichts über sie zu ermitteln, einer von ihnen schreibt auffallende Briefe); auch die obengenannte Patientin Frau M. ist eine Tochter dieses Sohnes Anton N. Während nun in der so schwer afficirten Familie dieses Sohnes auch dessen Enkel vielfach nervös erkranken (Verziehen des Gesichtes, Zucken der Glieder, Tod an Gehirnentzündung), findet sich unter den Enkeln der Tochter Frau A. nur ein männlicher Nachkomme angegeben, der von Kind an einen eigenthümlichen Gang hatte; die Uebrigen sind gesund, ebenso die Urenkel, so dass ersichtlich ist, wie durch die Vermischung mit gesunden Individuen unter Umständen eine in einer Familie heimische nervöse Disposition auch wieder schwinden kann.

Bastelberger (Eichberg).

---

74) **N. O. Lichonin**: Ueber die Erscheinungen des Hypnotismus.
(Wratsch 1885. Nro. 10. russisch.)

Verf. hat im Laufe von 4 Jahren mehr als 200 Versuche an den verschiedenartigsten Personen gemacht und gelangt zu folgenden Resultaten:

Die meisten Menschen können in den hypnotischen Zustand versetzt werden; die Schwierigkeit diesen Zustand bei einigen Personen hervorzurufen beruhe auf der Beschaffenheit ihres Sehapparates, worauf bisher noch keine Aufmerksamkeit gerichtet worden sei. Das weitaus am häufigsten angewandte Mittel zur Erzeugung der Hypnose ist das Fixiren bei starker Convergenz der Sehaxen nach innen und oben. Verf. nimmt an, dass bei manchen Personen in Folge der Brechungsbedingungen in den Augen oder anderer Verhältnisse leicht eine Insufficienz der inneren geraden Muskeln eintritt. Veranlasst man nun eine solche Person, die Sehaxe zu convergiren, so erhält man gewöhnlich keine Hypnose, da vorher die zeitweilige Insufficienz der inneren geraden Muskeln und Schielen nach aussen eintritt; d. h. das Fehlen gerade der zur Hervorrufung der Hypnose nothwendigen Bedingungen. Die Therorie Heidenhain's zur Erklärung des hypnotischen Zustandes hält Verf. für nicht zutreffend, vielmehr stehe die Hypnose dem natürlichen Schlafe sehr nahe und sei wahrscheinlich von vasomotorischem Reflexe — Verengerung der Gefässe gewisser Hirntheile — abhängig.

Schliesslich constatirt er noch die auch von P. Richer erwähnte

Thatsache, dass die Hypnotisirten bei Druck auf den Scheitel die Augen öffnen. Buch (Willmanstrand, Finnland).

75) **Laschkewitsch** (Charkow): Ueber die Rolle des Sauerstoffes in der Neurotherapie. (Rev. de médéc. Nro. 10. 1885.)

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen über die Wirksamkeit der Sauerstoffinhalationen zu dem Schlusse, dass sie nur bei Reflexneurosen günstig wirken und führt einen Fall von Asthma bronchiale an, das bei einer Frau während der Menstruation auftrat und durch diese Medication geheilt wurde. In zwei durch Arteriosklerose und Aortenektasie bedingten Fällen von Stenocardie und in einem Falle von Basedow'scher Krankheit wurden die betreffenden Symptome bedeutend gemildert. Zum Schlusse bemerkt der Verf., dass bei allen, den Sauerstoffinhalationen unterworfenen Subjecten eine bedeutende, bis auf's dreifache sich steigernde Vermehrung der Harnausscheidung beobachtet wurde. Hinze (St. Petersburg).

76) **Gerhard** (Berlin): Ueber Hirnsyphilis. (Berl. Klin. Wochenschrift 1886 Nro. 1.)

G. warnt in Bezug auf die Behandlung dunkler Hirnkrankheiten vor dem „*unseligen Grundsatz, in allen solchen Fällen ein bischen Jodkali versuchsweise zu geben*“, denn dadurch werden viele solche Kranken verkannt, wenige geheilt. Er verlangt vielmehr, da die genauere Forschung ergeben hat, dass unter den verschiedenen Formen von Hirnkrankheiten viel mehr auf syphilitischer Basis beruhende existiren, als man früher auch nur ahnte, und da man, wenn man solche Fälle so früh als möglich erkennt und energisch behandelt, die besten Resultate erreichen kann, dass wir dahin kommen müssen, in weit mehr Fällen als bisher geschah, die richtige Diagnose zur rechten Zeit zu stellen auch in solchen Fällen, wo frühere Syphilis nicht eingestanden wird, ja selbst dann, wenn keine Spuren davon in anderen Organen aufzufinden sind, um dann keinen Moment zu zögern, eine energische Behandlung einzuleiten.

Bei der weiteren Besprechung weist G. dann darauf hin, dass wir bei der Hirnsyphilis die Erkrankung der Arterienwände, ausgehend von der Intima, als die erste und wichtigste Veränderung vorfinden. Diese Prozesse treten gleich häufig in den Blutbahnen der Carotis, wie Vertebralis auf. Von ihnen sind ferner zum grössten Theil die diffusen Hirnsymptome, wie auch eine Anzahl von Herdsymptomen abzuleiten. Aus diesen endarteritischen Prozessen können sich dann auch alle möglichen pathologisch-anatomische Folgezustände, Erweiterung, Zerreissung, Verengerung, Verschliessung der Gefässe (autochtone Thrombose) mit deren konsecutiven Erscheinungen entwickeln. Auch die Gummata lässt G. hauptsächlich durch Erkrankungen der Gefässbahnen, namentlich der Piagefässe entstehen. Die Hirnsubstanz selbst wird

somit von der syphilitischen Erkrankung soviel wie gar nicht betroffen.

G. weist ferner auf Traumen als auf ein häufiges ursächliches Moment für den Ausbruch der Hirnsyphilis hin, welche die schützenden Schädeldecken durchbrechen und dadurch bestimmend für den Sitz der Gummata einwirken.

Wenn auch nach jeder Form von syphilitischer Infektion Hirnlues entstehen kann, so hebt G. doch hauptsächlich 2 Typen hervor. Im ersten Falle kommt es unter leichterer Infektion gar nicht zu recht deutlichen Secundärerscheinungen, und nach Jahren entwickeln sich die für Gehirnsyphilis charakteristischen Hirnsymptome. Diese Form ist die leicht heilbare. Im anderen Falle kommt es bei von vornherein sehr bösartiger Infektion zu schweren immer wieder recidivirenden Secundärerscheinungen und zu Hirnsyphilis als Terminalerscheinung — unheilbar —.

Unter den für Gehirnsyphilis sprechenden Symptomen nennt G. die starken diffusen Gehirnsymptome, welche das Charakteristische der Halbheit, Unvollkommenheit und des raschen unverständlichen Wechsels haben; ferner Augenmuskellähmung, besonders Ptosis, im späteren Alter ohne Ursachen entstehende Epilepsien, 'Rindenepilepsie', Monoplegien, akute Bulbärsymptome und Tumorsymptome, die nicht aus einem Herde erklärt werden können; besonders aber weist er auf 3 Punkte hin, nämlich erstens auf die aus der Endarteriitis resultirenden oft beobachteten apoplektischen Anfälle namentlich bei jungen Leuten ohne Herzfehler. Unter 63 Fällen von Apoplexie aus der Würzburger Klinik, (Tumoren ausgeschlossen) war bei 13 Fällen Lues sicher nachgewiesen, bei 9 Fällen begründeter Verdacht auf Lues. Kommt die Apoplexie im Gebiete der Carotis zu Stande, so resultirt Hemiplegie, wenn im Gebiet der Vertebralis dann kommen Bulbärsymptome. Zweitens hebt G. hervor, dass die Gummata, wenn sie auch die verschiedensten Rindensymptome und Hirnnervenlähmungen zu Stande bringen können, doch niemals die Zeichen eines grossen massiven Hirntumors (heftiger allgemeiner Kopfschmerz mit tiefem Stupor u. s. w.) wie z. B. Gliome zuwegebringen; und drittens betont er das Umspringen und Wechseln der Hirnsymptome bei Hirnlues. „Da ist z. B. Epilepsie, der nach einiger Zeit Apoplexie folgt oder zu der auffällige Störung der Denkfähigkeit, des Gedächtnisses, der Sprache hinzutreten, oder umgekehrt“.

Bei Therapie empfielt G. als zuverlässigste Methode die Inunktionskur, wobei viele Wochen lang täglich 3—7 Gr. Unguent. Hydrargyri ciner. eingerieben und 2—5 Gr. Kal. jodat. verbraucht werden, wenn auch der Einzelfall manchesmal durch besondere Verhältnisse eine Abänderung dieser Behandlung erfordern mag.

Bastelberger (Eichberg).

77) **John Fletcher Little** (Ben-Rhydding): The habit of morphia-taking. (Morphiumsucht.) (The Lancet 17. Oct. 1885.)

Verf. ertheilt auf eine Anfrage: „Wie Morphinismus am besten zu behandeln sei"? folgenden Rath:

Der Kranke soll nach plötzlichem Abbruch des Morphiumgenusses, so sehr derselbe auch das Nervensystem in Aufregung versetzt, 7—10 Tage in horizontaler Lage verbringen, so lange Tag und Nacht bewacht werden, bis eine Rückkehr zu jener Gewohnheit nicht mehr zu befürchten steht, und in kurzen Zwischenräumen leichte Speisen und Getränke zu sich zu nehmen. Die gewöhnlich sich einstellende Agrypnie bekämpfen am meisten Kalium- und Natrium-bromatum in der Dosis von 2—4 Gramm. Kalte Abreibungen und Douchen und der faradische Strom beschliessen die Cur.

Während dieselbe bei den vielen so behandelten Kranken, wovon einige sich täglich bis zu 1 Gramm Morphium einverleibten, der beste Erfolg krönte, führte die allmähliche Entziehungscur im Allgemeinen nicht zu dem erwünschten Ziele. Pauli (Köln).

---

78) **A. Marro**: Esuri psicometrici di pazzi morali e di mattoidi. (Psychometrische Untersuchungen beim moralischen Irresein und bei excentrischem Wahne). (Arschivio di Psychiatria voll. VI. fasć. IV.)

Es wurde die psychische Reactionszeit auf optische und acustische Reize geprüft, und vergleichshalber auch eine Reihe von Versuchen an Gesunden angestellt. Namentlich bei den mit moralischem Irresein behafteten Personen fand sich — bei normaler Minimalzeit — eine Verlängerung der mittleren Reactionszeit, was auf eine verminderte Fähigkeit solcher Individuen ihre Aufmerksamkeit zu concentriren zurückgeführt werden muss. Es ist von Bedeutung, dass in den untersuchten Fällen diese Verlangsamung der Reaction in geradem Verhältniss zum Grade der moralischen Perversion stand.

Bei den Mattoiden (es sind darunter excentrische bizarre Menschen, Sonderlinge gemeint) fanden sich die gleichen Verhältnisse nur weniger deutlich ausgesprochen. Obersteiner (Wien).

IV. Aus den Vereinen.

I. Verein der Aerzte in Steiermark.

Sitzung vom 30. November 1885.

Zunächst demonstrirte Prof. **Zuckerkandl** im Anschlusse an einen Vortag, den er im letzten Sommer über den Gyrus fornicatus internus (= fascia dentata Tarini + gyrus supracallosus) des Gehirns der Menschen und Säugethieren an derselben Stelle gehalten hatte, das Gehirn eines *Delfins*.

Der Vortragende hatte damals die Vermuthung ausgesprochen, dass die erwähnten Rindentheile zum Centrum der Geruchswahrnehmungen in Beziehung stehen.

Der Delfin ist nun ein Thier, bei welchem die äusseren Geruchsorgane (Riechschleimhaut) gänzlich fehlen und auch vom Riechlappen keine Spur mehr vorhanden ist. Gegenüber den rohen Experimenten Ferrier's, die derselbe behufs Ermittlung des centralen Sitzes der Geruchswahrnehmungen angestellt hatte, ist dies ein Experiment seitens der Natur selbst, welches gewiss nicht ohne Rückwirkung auf die Morphologie der Hirnrinde hat bleiben können. Und in der That, es zeigte sich, dass beim genannten Thiere nicht nur, wie der Vortragende vermuthet hatte, die Balkenwindungen und die fascia dentata fehlten, auch das ganze Ammonshorn und der basale Schenkel der Fimbria sind verloren gegangen, der Gyrus Hippocampi aber ist derart rudimentär, dass er nur mehr einen schmalen, zusammengeschrumpften Windungszug darstellt, dessen obere Rindenplatte sich gegen die Stelle, wo sich sonst das Ammonshorn ansetzt, allmählich verschmälert.

Das Redimentär-bleiben des Gyrus Hippocampi am Gehirne der anosmatischen Säuger ist schon bei Broca (1878) erwähnt, über das Fehlen des Ammonshorns der Balkenwindungen und der fascia dentata beim Delfin ist dagegen bisher nichts bekannt geworden.

Aus dem Mitgetheilten geht hervor, dass *das Ammonshorn mit höchster Wahrscheinlichkeit zu dem Centralorgane des Olfactorius gehört.*

An diese Demonstration anschliessend, macht Dr. **Eberstaller** einige Bemerkungen über den Windungs-Typus dieses enorm reich gewundenen Gehirnes, führt den Windungsreichthum des Delfingehirnes auf den Muskelreichthum dieses Thieres zurück, und hebt einer Notiz Broca's gegenüber, dass die Gehirne der Cetaceen jenen der Einhufer gleichen, hervor, dass gerade die tiefsten Furchen des Delfingehirnes *deutlich den Typus des Raubthier-Hirnes* (4 übereinander geschichtete Etagen) *erkennen lassen.*

II. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 19. November 1885. (Le Progrès méd. Nro. 52, 1885.)

80) **Straus** macht auf eine Mittheilung von Grasset über das *Hypnon* aufmerksam. Derselbe giebt an, dass beim Hunde ruhiger Schlaf eintritt, wenn man intratracheale Injectionen mit dieser Substanz macht. Dagegen erfolge Exitus letalis auf subcutane Einspritzungen.

Laborde hebt hervor, dass Hypnon in erster Linie ein toxisches Medicament sei, welches in erheblicher Weise die respiratorische Capacität des Blutes herabsetze.

81) **Luys** sucht durch neue Experimente den Beweis für die *intracranielle Locomibilität des Gehirns* zu erbringen. Er bediente sich der Gefriermethode. Wenn der Cadaver sich in der Rückenlage be-

funden hatte, zeigen die Schnitte, dass ein leerer Raum vor den Frontallappen existirt. Bei sitzender Stellung findet sich ein leerer Raum im Niveau der höchsten Partie der Hemisphären. L. schliesst hieraus, dass das Gehirn verschiedene Positionen je nach den verschiedenen Stellungen einnehmen und in Folge dessen eine intracranielle Beweglichkeit besitze. Dies werde noch durch manche pathologische Fälle bewiesen.

Paul Bert macht dagegen geltend, dass aus derartigen Experimenten keine Schlüsse auf das lebende, mit Blut gefüllte Gehirn gezogen werden dürfen. Rabow (Berlin).

III. Académie des Sciences zu Paris.

Sitzung vom 7. Dezember 1885. (Le Progrès méd. Nro. 51, 1885.)

82) **Vulpian:** *Untersuchungen bezüglich des Einflusses, den die Rückenmarksläsionen auf die durch Faradisation des Gyrus sigmoideus hervorgerufene Form der Convulsionen von experimentell cerebraler Epilepsie ausüben.* Transversale Durchtrennung der einen Rückenmarkshälfte verändert nicht in nennenswerther Weise die durch eine mässige Faradisirung des linken Gyrus sigmoïdeus verursachten Bewegungen in der rechten Gesichtshälfte und in der rechten vorderen Extremität. Die von einer der cerebralen Hemisphären ausgehenden motorischen Reize können dem hinteren Gliede der entgegengesetzten Seite übermittelt werden, obgleich diejenige Hälfte des Rückenmarks, die diesem Gliede entspricht, eine vollständige transversale Durchtrennung in der Dorsalgegend erlitten hat. Andererseits modificiren die Rückenmarksläsionen die Wirkungen der vom Gehirn ausgehenden motorisch convulsivischen Reize in der Art, dass sie durch eine wirkliche Contractur in dem hinteren Gliede der der Rückenmarksläsion correspondirenden Seite die clonischen Bewegungen ersetzen, die dort eingetreten sein würden, wenn das Rückenmark intact gewesen wäre.

Rabow (Berlin).

IV. Société de chirurgie zu Paris.

Sitzung vom 24. October 1885. (Union médicale).

83) **Richelot** theilt einen Fall von *tuberculöser Meningitis mit,* welche ausbrach nach Ausschabung einer fungösen Synovitis des Handgelenks bei einem vollkommen gesunden Mann. Obgleich R. nicht umhin kann, die Meningitis mit der Operation in Verbindung zu bringen, räth er doch bei Tuberculösen nicht vor der Operation zurückzuschrecken.

Sitzung vom 28. October 1885.

84) **Larger** spricht über *epidemisches Auftreten und Contagiosität des Tetanus* und kommt zu dem Schlusse, dass das Agens des Tetanus im Boden, wo es die Bedingungen seiner Entwicklung und Reproduction findet, nistet. Rohden (Oeynhausen).

V. Practitioner's Society zu New-York.

Sitzung vom 1. Mai 1885. (The medic. Record. 25. Juli 1885.)

85) **Dana** (New-York): *Scharlachfieber und Nervenkrankheiten.*

Dana sagt, dass das Scharlachfieber fast nie Erkrankungen des Nervensystems hinterlasse; wenigstens habe er unter 340 Nervenkranken nur einen gefunden, dessen Erkrankung (Chorea) vielleicht auf vorausgegangenes Scharlach zu beziehen war. Unter 72 Kindern mit Spinalparalyse hätten nur 2 zuvor Scharlach gehabt; auch diphtheritische oder andere Lähmung nach Scharlach sei äusserst selten. Es sei daher als Regel aufzustellen, dass das Scharlachgift weder die Neuritis noch die Myelitis setze, welche man so oft als Ausfluss des diphtheritischen Giftes findet. Auch an der Epilepsie sei das Scharlach nicht direct Schuld; wo dieselbe nach letzterem aufgetreten sei, habe es sich meist um Urämie, cerebrale Spinalmeningitis u. s. w gehandelt. Voigt (Oeynhausen).

V. Tagesgeschichte.

Die fünfte Conferenz für Idioten-Heilpflege wird in diesem Jahre am 6., 7. und 8. August in Graz in Steyermark tagen. Der Schwerpunkt der Verhandlungen soll vorzugsweise auf die Behandlung praktischer, die Erziehung und Pflege der Idioten umfassender Fragen gelegt werden und sich mit der Lehr-, Arbeits- und Pflegethätigkeit der Idioten-Anstalten befassen. Thesen oder Referate, welche Theilnehmer der Conferenz zu übernehmen oder besprochen zu haben wünschen, sind an Herrn Pastor Dr. Sengelmann, den rührigen Director der Anstalten in *Alsterdorf* bei Hamburg einzusenden.

Ein Congress russischer Psychiater wird vom 1.—10. September (a. St.) dieses Jahres in *Moskau* tagen, dessen vorläufiges Programm folgendermassen lautet:

1) *Irrenpflege.*
   a) Einrichtung von Irrenanstalten durch die Regierung, Gemeinden (Städte, Landschaften und dergl.) und Private (Anstalten, Asyle, Colonien).
   b) Die Lage der Geisteskranken, welche sich unter häuslicher Pflege und Obhut befinden.
   c) Die Frage über Einrichtung specieller Institute für geisteskranke Verbrecher.
2) *Administration der Irrenanstalten.*
3) *Regierungscontrôle* über solche Institute.
4) Die zeitgemässen *Principien der Verpflegung und Behandlung von Geisteskranken* in Anstalten.
   a) Vertheilung der Kranken nach Kategorien.
   b) Organisation der Beschäftigung für Geisteskranke.

c) Systeme: Zwang und no restraint.
d) Organisation der Ueberwachung und Pflege der Irren.
e) Ernährnng derselben.
f) Specielle Methoden der Behandlung der Psychosen.

5) *Irrengesetzgebung.*
a) Kritik der russischen Gesetze über die Geisteskranke.
b) Begutachtung von Irren in Bezug auf bürgerliche Rechtsfähigkeit.
c) Begutachtung derselben hinsichtlich ihrer criminalrechtlichen Verantwortlichkeit.

6) *Irrenstatistik.*

7) *Klassification der Geisteskrankheiten.*

8) *Wissenschaftliche Mittheilungen aus der Psychiatrie.*

Hinze (St. Petersburg).

Aus Oesterreich. Der Landesausschuss von Niederösterreich wurde beauftragt, die geeigneten Schritte bei der Regierung wegen baldiger Erlassung eines *Irrengesetzes* einzuleiten.

VI. Personalien.

Offene Stellen. 1) Colditz, Assistenzarzt, 1800 M. und fr. Stat. 2) Halle a./S. (Universitäts-Irren- und Nervenklinik), 1. Assistenzarzt, sofort, 1400 M. und fr. Stat. Promotion und psychiatrische Erfahrung Bedingung. 3) Allenberg (Ostpreussen), II. Arzt, 1. April 1886, 3000 M., freie Wohnung etc. 4) Hildesheim, Assistenzarzt, 900 M. und fr. Stat. I. Cl. 5) Königslutter, 3. Assistenzarzt, 1000 M. und fr. Stat. 6) Carlsfeld (Privat-Irren-Anstalt), Assistenzarzt. 7) Alt-Scherbitz, II. Arzt. 8) Bunzlau, II. Arzt. 9) Obernigk (Dr. Kleudgen's Privat-Anstalt), Assistenzarzt. 10) Eberswalde bei Berlin, a) III. Arzt, möglichst bald, 3000 M., freie Dienstwohnung etc. b) II. Hilfsarzt, 1. April, 1200 M. und fr. Stat. 11) Klingenmünster, II. Assistenzarzt, sofort, 1200 M. und freie Station. 12) Roda (Sachsen-Altenb.) Assistenzarzt, 1. April, 1000—1200 M. und freie Station, Verpflichtung auf ein Jahr.

Ernannt. San.-Rath Dr. Norden in Emden zum Physicus daselbst.

Ehrenbezeugungen. Professor Dr. Obersteiner in Wien zum Mitglied der Kaiserl. Leopoldinisch-carolinischen Akademie; Professor Dr. Adamkiewicz in Krakau zum correspondirenden Mitgliede der Société de Biologie in Paris ernannt.

Todesfall. Dr. Ed. Lorent in Bremen.

Um Einsendung von Separat-Abdrücken an den Herausgeber wird freundlichst gebeten.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern. jede zwei Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von
Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

9. Jahrg. **15. Februar 1886.** **Nro. 4.**

INHALT.

I. Originalien.

I.

Seltener Fall von Neuritis ascendens mit sogenannter Reflexparalyse des Rückenmarks.

Von Dr. THISSEN,
Arzt in Aachen.

In der 2. Hälfte des vergangenen resp. zu Anfang dieses Jahres kam in meiner Praxis der nachstehend beschriebene merkwürdige Fall zur Beobachtung:

Der bis dahin stets gesunde, hereditär nicht belastete, kräftige, 42 Jahre alte Pumpenmacher N. N. liess am 23. Aug. 1884 durch

einen hiesigen Zahnarzt den I. rechten Molarzahn des Unterkiefers extrahiren und zwar soll nach Angabe des Patienten ein kleines Stückchen der Wurzel zurückgeblieben sein; letzteres wurde am folgenden Tage mit „meisselartigen“ Instrumenten extrahirt, mit dem Erfolge, dass Pat. von nun ab rasende Schmerzen an der genannten Stelle hatte. Verschiedene Mundwässer, Narcotica etc. wurden verordnet und sodann gegen Mitte October in Narcose von mir ein loses Knochenstückchen von circa 1 Ctm. Länge aus der Mundhöhle extrahirt. Doch sollte auch dieser kleine Eingriff dem Patienten keine Erleichterung verschaffen. —

Nach circa 8 Tagen wurde durch den Oberarzt des hiesigen Mariahilfhospitales Herrn Dr. Riedel, der Canalis alveolaris inferior an betreffender Stelle aufgemeisselt und zeigte sich der Nervus inframaxillaris an der Stelle stark geröthet, im Zustande der Neuritis. — Noch wird einige Tage gewartet. — Vergebens. — Am 31. October ist man genöthigt ein circa $1^1/_2$ Ctm. langes Stück des Nerven zu excidiren. -- Auch dies ohne Erfolg. — Patient kann nur durch öfter wiederholte Morphiuminjectionen ruhig gehalten werden. Während die durch die Operation gesetzte Wunde kaum ihrer Vernarbung entgegengeht, tritt nun, etwa am 10. Tage nach der Operation, plötzlich der Schmerz auf der anderen Seite im Gebiete des linken Inframaxillaris auf und auch hiermit sollte das Bild der ascendirenden Neuritis noch nicht abgeschlossen sein — Gegen Mitte November bemerkte Pat. dass er nur mehr sehr beschwerlich gehen kann: verhältnissmässig kurze Strecken zu gehen und besonders Treppen zu steigen wird ihm unmöglich; Kältegefühl im Rücken und Schmerzhaftigkeit unterer Brustwirbel und des I. Lendenwirbels tritt auf. Bei der Untersuchung ist der Patellarreflex beiderseits geschwunden; Druck auf die obengenannten Wirbel ist sehr schmerzhaft; Pat. schwankt sehr (ataktischer Gang) und ist nicht im Stande mit geschlossenen Augen sicher zu stehen. Nach einigen Tagen tritt dazu Gefühl von Lähmung der Arme; er kann kleine Gegenstände nicht mehr festhalten und beispielsweise seine Kleider nicht zuknöpfen. Anhaltendes Knirschen gesellt sich überdies zu den beschriebenen Symptomen (Uebergang auf die motorischen Fasern des Trigeminus), sowie zuletzt noch eitriger Mittelohrcatarrh.

Nun erschien auch die Resection des linken Nervus inframaxillaris indicirt. Am 5. Dezember wird zu derselben geschritten und zeigt auch dieser Nerv die Erscheinungen der Neuritis. — Resection eines $1^1/_2$ Ctm. langen Stückes an der der rechten Seite entsprechenden Stelle. — Alle genannten Erscheinungen wurden durch die Operation nicht im mindesten zum Rückgange gebracht, nahmen vielmehr in den nächsten Tagen noch zu und ist namentlich zu bemerken, dass der Schmerz keineswegs nachlässt und sich an der unterhalb der Resectionsstellen gelegenen Hautpartie (Lippen und Kinn) ein sehr lästiges Brennen einstellt. Gegen den 15. Dezember beginnt nun Patient täglich ein warmes Bad zu nehmen und einige Tage hernach wurde die Galvanisation des Rückenmarks durch absteigende Ströme

eingeleitet. Diese letztere endlich mit Erfolg, doch nur in Bezug auf die Lähmungserscheinungen. Schon nach wenigen Sitzungen fühlte Patient sich kräftiger und war nach 3 Wochen wieder im Stande auszugehen. Gleichwohl wurde die Galvanisation fortgesetzt, ebenso wie das tägliche Baden. Im Laufe der Zeit etwa nach 10 Wochen kehrte sodann auch der Patellarreflex, wenn auch nur schwach angedeutet, wieder. — Nicht ausser Acht zu lassen ist, dass Patient allmählich an ziemlich grosse Dosen Morphium gewöhnt werden musste und dass trotz Alledem die Schmerzen in beiden Nerven, das Knirschen sowie der eitrige Mittelohrkatarrh bestehen blieben. Zu diesen Erscheinungen traten nun noch, für den Patienten begreiflicherweise höchst beängstigend, von Zeit zu Zeit auftretende asthmatische Anfälle von solcher Heftigkeit, dass selbst sehr grosse Morphiuminjectionen sie nicht minderten.

Nachdem gegen diese Anfälle auch wieder mit verschiedenen Mitteln vergebens gekämpft worden, entschliesst sich Pat. Herrn Prof. Leichtenstern in Köln zu consultiren, auf dessen Rath sodann von Herrn Prof. Bardenheuer eine abermalige Resection des rechten Nervus inframaxillaris vorgenommen wird; diesmal sehr ausgiebig (etwa 6 Ctm.). — Jetzt endlich erst wurde Pat. von den asthmatischen Anfällen erlöst, die fast momentan nach der Operation aufhörten. Auch das lästige Knirschen verminderte sich erheblich und liess im Laufe der Zeit ganz nach. Vom Morphium wurde Patient alsbald entwöhnt. Nur ein Druckschmerz an beiden Operationsstellen ist zurückgeblieben, sowie ein heftiges Brennen in den Lippen und der Kinngegend. Im Uebrigen ist Patient, der noch täglich kalte Abwaschungen und Galvanisation der Wirbelsäule vornimmt, wieder hergestellt und arbeitsfähig.

Epikritisch bemerken wir zu dem Falle noch Folgendes: dass derselbe in das noch immer sehr dunkle Gebiet der Reflexlähmungen gehört, wird wohl kaum einem Zweifel unterliegen. Wir schliessen eine wirkliche Veränderung des Rückenmarks, etwa eine Entzündung oder gar einen degenerativen Prozess hauptsächlich aus dem Grunde des schnellen Schwindens der tabischen Erscheinungen (nach eingeleiteter Galvanisation) aus. Schwer erklärlich bleibt es allerdings, dass diese letzteren Symptome schwanden, während die Ursache — die Neuritis — bestehen blieb, vielleicht sogar auf andere Bahnen übergriff. Die Krämpfe des Respirationscentrums sind wir geneigt, ebenfalls auf Reflexwirkung zurückzuführen. Das sprungweise Auftreten der Neuritis erinnert lebhaft an die Thierexperimente von Klemm und an die von ihm aufgestellte Form der Neuritis migrans.

II.

Zur Anatomie des Rückenmarkes und der medulla oblongata.

Vorläufige Mittheilung

von Dr. JUL. WAGNER,

Assistenten an Prof. Leidesdorf's Klinik in Wien.

Ich habe eine Reihe von Versuchen angestellt, in denen Hunden und Katzen hintere Wurzeln der Hals- und Lendenanschwellung durch-

trennt wurden. Die Thiere wurden 1—7 Wochen nach der Operation getödtet und die secundäre Degeneration im Rückenmarke auf mikroskopischen Querschnitten untersucht.

Zunächst ergab sich eine Bestätigung der Angaben, die Singer (Sitzungsber. d. k. k. Akad. der Wissensch. 84. Bd.) und Kahler (Prager Zeitschr. f. Heilk. III. Bd.) über die aufsteigende Degeneration nach Verletzung hinterer Wurzeln gemacht haben.

In Folge Durchtrennung einer hinteren Wurzel degenerirt im Rückenmarke im Niveau des Eintrittes dieser Wurzel die lateralste, hinterste Partie des Hinterstrangs, ein unmittelbar der Spitze des Hinterhorns anliegendes Dreieck. Durch die in den Hinterstrang eintretenden Fasern der nächst höheren, nicht verletzten Wurzel wird das Degenerationsfeld medianwärts verschoben, so dass jetzt das degenerirte Areal von zwei Seiten von gesunden Nervenfaserquerschnitten umgeben wird; lateralwärts von den Fasern der nächst höheren Wurzeln, medianwärts von den aufsteigenden Fortsetzungen jener Wurzeln, die unterhalb der durchschnittenen Wurzel in's Rückenmark eintreten.

Durch jede neue Wurzel, die oberhalb der durchschnittenen in's Rückenmark eintritt, wird das degenerirte Areal weiter medianwärts gedrängt, so dass man es auf Querschnitten aus höheren Abschnitten des Rückenmarks immer weiter gegen die Medianfissur verschoben findet.

Wie weit das geht, hängt davon ab, aus welcher Höhe des Rückenmarkes die durchschnittene Wurzel herrührt. Rührt die durchschnittene Wurzel vom plexus ischiadicus her, so rücken die degenerirten Fortsetzungen der Wurzelfasern im Hinterstrange so lange medianwärts, bis sie im Goll'schen Strange anglangt sind. Rührt die durchschnittene Wurzel vom plexus brachialis her, so rückt das degenerirte Feld nur soweit nach innen, bis es dem Goll'schen Strange aussen anliegt. Diese Trennung wird am auffallendsten in den obersten Partien des Rückenmankes, beim Uebergange in die medulla oblongata, wo sich die Goll'schen Stränge von den äusseren Keilsträngen schärfer sondern. Man kann sich auf Schnitten durch diese Region überzeugen, dass sich die Degeneration nach Durchtrennung der hinteren Wurzeln der unteren Körperhälfte nur in die Goll'schen Stränge, bei Durchtrennung von hinteren Wurzeln der oberen Körperhälfte nur in die Burdach'schen Stränge fortsetzt. Es ergibt sich daraus, dass die Goll'schen Stränge nur Fortsetzungen der hintern Wurzeln der unteren Körperhälfte sind, während die Burdach'schen Stränge insoweit sie überhaupt lange Bahnen enthalten, nur mit den hintern Wurzeln der oberen Körperhälfte zusammenhängen.

Bei einseitiger Durchschneidung von Wurzeln degenerirt der Hinterstrang nur auf Seite der durchschnittenen Wurzel. Aus diesem Umstande in Zusammenhalt mit der durch Experiment und klinische Beobachtung eruirten Thatsache, dass die Bahnen der Hautsensibilität sich bald nach ihrem Eintritte in's Rückenmark kreuzen, ergibt sich, dass die im Hinterstrange aufsteigenden degenerirende Fasern nicht die Bahnen der Hautsensibilität sein können.

Eine Reihe von Erfahrungen aus dem Gebiete der Physiologie und Pathologie machen es wahrscheinlich, dass die in den Hintersträngen aufsteigenden Fasern centripetalleitende Impulse von den Bewegungsorganen zum Gehirn leiten. Hierüber, sowie über einige andere, die aufsteigende Degeneration betreffende Punkte, werde ich in einer ausführlicheren Arbeit Mittheilung machen.

II. Original-Vereinsberichte.

I. Verein deutscher Aerzte in Prag.

Sitzung am 15. Januar 1886.

86) Dr. **Habermann** berichtet über die *Section des rechten Schläfebeins eines an Cerebrospinalmeningitis* verstorbenen 12 jährigen Knaben. Derselbe war im vorigen Sommer mit hochgradigen Kopfschmerzen, hohem Fieber und allgemeinem Uebelbefinden erkrankt, wozu sich bald auch Bewusstlosigkeit und furibunde Delirien gesellt hatten. Nach 3 Tagen hatte sich die Krankheit ziemlich rasch gebessert, nur war Taubheit und ein taumelnder Gang zurückgeblieben. Auch klagte der Kranke noch häufig über Kopfschmerzen, wesshalb er 6 Wochen später nach Prag gebracht wurde. Hier traten wieder deutliche Symptome einer Meningitis cerebrospinalis auf, an der er in kurzer Zeit starb. Bei der *Section* fanden sich ausser den Veränderungen, wie sie bei epidemischer Cerebrospinalmeningitis gefunden werden, im inneren rechten Ohr die Zeichen einer im Ablauf begriffenen eitrigen Entzündung, die zur vollständigen Zerstörung des normalen Inhalts des inneren Ohres bis auf die Nervenstämme geführt hatte. Im letzteren (dem N. cochleae sowohl, wie auch dem N. vestibuli) fand sich Granulationsgewebe zwischen den Nervenbündeln und Ganglienzellen und füllte Granulationsgewebe den Innenraum der Schnecke, des Vorhofs und der Bogengänge vollständig aus. Die Knochenwände zeigten an vielen Stellen ziemlich tief in den Knochen hinein reichende Usuren, so besonders an der hinteren und oberen Wand des inneren Gehörgangs, in der basalen Windung der Schnecke, an der äusseren Wand des Vorhofs entsprechend dem Promontorium und in den Wänden der Bogengänge. Im Aquäductus cochleae fand sich im inneren Theil desselben gegen die Schädelhöhle zu Eiter und in dem äusseren Theil gegen die Schnecke zu Granulationsgewebe. Hier sowie an vielen Stellen der Oberfläche des erkrankten Knochens fand sich beginnende Knochenneubildung u. z. theils Osteoblasten, theils auch schon dünne Lagen neugebildeten Knochens. In der Paukenhöhle fand sich nur eine geringe Verdickung der Periostschicht der Schleimhaut an jenen Stellen, an denen die Entzündung des inneren Ohrs bis an dieselbe herangereicht hatte. Tuba und Warzenzellen verhielten sich normal.

Nach den bisherigen Erfahrungen und nach den Symptomen fasst H. diesen Fall als eine Meningitis cerebrospinalis sporadica auf, so lange keine weiteren Berichte über das Auftreten von Cerebrospi-

nalmeningitis in Böhmen vorliegen und die Otitis interna als eine Folge dieser Krankheit. Nach dem anatomischen und histologischen Befund kann darüber, dass die Veränderungen im inneren Ohre schon zu Beginn der Krankheit mit dem Eintreten der Taubheit gesetzt waren, ein Zweifel nicht bestehen, wohl aber bezüglich der Dauer der meningealen Affection. Es könnte da der Einwand gemacht werden, dass diese erst fortgeleitet vom inneren Ohr her auftrat. Dagegen spricht aber, abgesehen von Anderem, der Befund im inneren Gehörgang und im Aquaeductus cochleae. Da in diesen beiden Canälen eine eitrige Entzündung von schon längerer Dauer vorhanden war, beide Canäle aber in freier Communication mit der Schädelhöhle stehen, so kann man daraus auch mit grösster Wahrscheinlichkeit auf eine längere Dauer der Meningitis schliessen. Uebergeleitet wurde die Entzündung von den Meningen her durch den Aquaeductus cochleae, durch welchen Mikroorganismen, wie solche als Ursache der Cerebrospinalmeningitis schon wiederholt nachgewiesen wurden, in kürzester Zeit in den perilymphatischen Raum des inneren Ohrs gelangen und hier die gleiche Eiterung veranlassen können. Die Taubheit wird durch die vollständige Vernichtung des schallempfindenden Apparats im inneren Ohr zur Genüge erklärt, ebenso lässt sich der taumelnde Gang in Uebereinstimmung mit den bisherigen Anschauungen über die Function der Bogengänge auf den im N. vestibuli nachgewiesenen chronischen Entzündungsprocess zurückführen, durch welchen eine länger dauernde Reizung des Gleichgewichtscentrums im Kleinhirn hervorgerufen werden konnte. Ohl.

II. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung am 16. Januar 1886.

87) Primararzt Dr. **Jakob Salgó**: *Beiträge zur psychiatrischen Diagnostik.*

Der Vortr. führt den geschichtlichen Entwicklungsgang der psychiatrischen Diagnostik vor, um an demselben den Nachweis zu erbringen, dass eine wissenschaftlich erschöpfende und praktisch brauchbare Systemisirung der psychiatrischen Beobachtungen bis nun nicht gegeben wurde und keiner der zum Ausgangspunkte gewählten Gesichtspunkte, weder die Psychologie, noch die Aetiologie, noch auch die pathol. Anatomie oder Pathochemie dem klinischen Bedürfnisse entsprechen. Er weist darauf hin, dass bisher nur die *klinische unbefangene Beobachtung* im Stande war wirkliche Symptomenbilder zur allgemeinen Anerkennung zu bringen und belegt dies mit dem Hinweise auf die paralytische Geistesstörung, auf die Epilepsie, auf das Alcoholdelirium, deren klinische Erscheinungsweise genau und einheitlich fixirt seien, ohne dass deren cerebrale Corollarien zweifellos festgestellt wären.

Des Vortr. Ansicht geht dahin, dass deshalb heute jeder Versuch über eine genaue *Naturgeschichte* der empirisch gegebenen Symptomencomplexe von vorne herein als gescheitert betrachtet werden muss und erhärtet dies mit der Darlegung des Systems von Meynert, das

trotz seiner breiten pathol. anatomischen und pathochemischen Unterlage den Intoxicationspsychosen eine Stelle ausserhalb des Systems anweisen musste.

Die blosse Beobachtung der psychiatr. Vorkommnisse lässt eine Reihe immerwiederkehrender, in der Verknüpfung der Krankheitserscheinungen und im Ablaufe typischer Symptomencomplexe erkennen, von welchen an erster Stelle die paralytische Geistesstörung, die Epilepsie, das Delirium alcoholicum und die im Anschlusse an Defectzustände und Herderkrankungen des Gehirns entstandenen psychischen Störungen stehen, deren Kenntniss so gleichmässig und allgemein verbreitet ist, dass eine besondere Skizzirung der betreffenden Krankheitsbilder entfällt.

Von den eben erwähnten Erkrankungsformen abgesehen giebt es eine Reihe sogen. *functioneller psychischer Störungen*, deren besondere Eintheilung in *primäre* und *secundäre* Vortr. nicht nur für überflüssig, sondern auch für unzulässig erklärt. Die Erfahrung lehrt nämlich tausendfältig, dass von einer Transformation der psychischen Störungen nicht die Rede sein könne; es transformiren sich daher primäre Störungen auch nicht in secundäre, d. h. in Formen von wesentlich anderem Charakter. Die sog. Primärformen, z. B. Melancholie, Manie etc. ändern sich auch nach jahrelangem Bestand nicht: es werden keine neuen Krankheitselemente producirt, der psychische Inhalt der initialen, acuten Erkrankung bleibt derselbe: was im chronischen Verlaufe hinzutritt, ist nur der Ausdruck des fortschreitenden Verfalls der geistigen Kräfte.

Das diagnostisch vornehmste Differentialmoment ist nach des Vortr. Ansicht die *Hallucination* und die ihr gleichwerthige fixe Wahnvorstellung. Die historische Betrachtung der Entwicklung psychiatrischer Diagnostik, wie die vorurtheilsfreie klinische Beobachtung drängen zur diagnostischen Abgränzung der functionellen psychischen Alienationen, in deren Verlauf Hallucinationen und fixe Wahnvorstellungen fehlen von solchen, die durch sie charakterisirt werden. Die reinen Verstimmungszustände: *Manie*, *Melancholie* und *reizbare Verstimmung* verlaufen ohne hallucinatorisches Krankheitselement und ohne wahnhafte Vorstellung; sie enthalten nur die krankhaft heitere resp. traurige oder reizbare Stimmung und produciren keine dauernden Vorstellungselemente. Selbst die Aeusserungen der Selbstherabwürdigung und Selbstanklagen der Melancholiker drücken mehr nur die Stimmung, die Hülflosigkeit und die Angstempfindung aus, und haben keinen selbstständigen Charakter.

Als ein Krankheitsbild sui generis betrachtet Vortr. den wirklichen, organischen *Stupor*, der zu unterscheiden ist von dem symptomatischen Stupor, der jede cerebrale Erkrankung gelegentlich compliciren kann. Der organische Stupor der nach Schüle als acuter und heilbarer Blödsinn zu betrachten ist, hat seine bestimmten und demonstrirbaren Merkmale, die ihm von den intercurrenten stuporösen Zuständen anderer Psychosen scharf unterscheiden.

Die psychiatrische Erfahrung kennt *zwei hallucinatorische* Er-

krankungsformen; die *Verrücktheit* und die *acute hallucinatorische Verrücktheit*, die schon von Esquirol genau genug umschrieben wurde.

Die diagnostische Characteristik der Hallucination, wie diese letztere das Bild der Verrücktheit kennzeichnet, liegt nicht nur in der Hallucination allein, sondern auch in der cerebralen Disposition, das fremdartige Element der Sinnestäuschung sofort und kritiklos aufzunehmen. Die alltägliche psychiatrische Erfahrung, dass das barocke Element der Hallucination von den betreffenden Kranken, trotz erhaltener *formaler* Geistesschärfe nicht mehr controlirt und rectificirt werden kann, beweist diese Richtigkeit der Ansicht von Schüle, nach welcher die Verrücktheit eine Affection schon *invalider Gehirne* sei.

Die *acute hallucinatorische Verwirrtheit*, wie sie nach Potenzen schwächenden Natur insbesondere zum Ausbruch kommt und durch den präcisirten Ablauf massenhafter und rasch wechselnder hallucinatorischer Bilder characterisirt ist, kann nicht verwechselt werden mit den lebendigen Exaltationsformen, wie sie die reine Manie oder die vorübergehenden Angstzustände der Melancholiker repräsentiren.

Zum Schlusse ersucht der Vortr. eine klinische Umschreibung der reinen *Schwachsinnszustände*, wobei darauf aufmerksam gemacht wird, dass das Merkmal des pathol. Schwachsinnes gar nicht in einer eingeengten Perceptivität liege, sondern in der Unfähigkeit, die gewonnenen Perceptionen zu verarbeiten. Weder die centripetalen, noch die centrifugalen Gehirnvorgänge zeigen eine auffällige Defectuosität, sondern die eigentliche *intracorticale Leistungsfähigkeit*. Die mangelhafte Regulirung des Verhältnisses von Perceptionen und ihnen entsprechender Reactionen in den Bewegungen, die blos reflexähnliche Verknüpfung dieser beiden Grundelemente cerebraler Leistung charakterisirt eigentlich den psycholischen Schwachsinn, der nur auf der Basis breitester psychiatrischer Erfahrung richtig beurtheilt werden kann. Dr. P.

III. Referate und Kritiken.

88) **Br. Onufrowicz:** Experimenteller Beitrag zur Kenntniss des Ursprungs des Nervus acusticus des Kaninchens. (Arch. f. Psych. XVI. 3. p. 711.)

Bei der Durchschneidung des N. acust. innerhalb der Schädelhöhle, wie die bisher am meisten geübte Methode war, gingen die operirten Thiere regelmässig in Folge der auftretenden unablässigen Drehbewegungen in kurzer Zeit zu Grunde. Um dies zu vermeiden, suchte Prof. Forel Acusticusatrophien zu Stande zu bringen, indem er vom äusseren Gehörgange aus den inneren Apparat möglichst vollständig zerstörte. Von mehreren derartig behandelten Kaninchen blieben zwei am Leben. Die continuirlichen Drehbewegungen blieben aus, es trat nur eine Viertelsdrehung des Kopfes um seine sagittale Axe nach links ein (links war auch operirt). Erst wenn man die Thiere reizte vollführten sie Drehungen um die Körper-Längsaxe. Es gelang die Ver-

suchsobjecte 6 resp. $2^1/_2$ Monate am Leben zu erhalten. Die Resultate der Gehirnsection beschreibt O. in sehr detaillirter Weise. Von den Resultaten, die ausführlich mit den Ergebnissen anderer Forscher verglichen werden, hebe ich folgende hervor:

Der sog. äuss. Acusticuskern (Deiters'scher Kern) hat zum N. acusticus keine Beziehung. Von dem inneren ist dies ebenfalls mehr als zweifelhaft. Als eigentlicher Acusticuskern (bei Kaninchen) muss das Tuberculum acusticum (Nacken des Kleinhirnschenkels nach Stilling) angesehen werden, in welches wahrscheinlich nur die hintere Wurzel endigt. Der sog. vordere Acusticuskern ist als ein Homologon der Spinalganglien aufzufassen. Eigentlicher Hörnerv ist wahrscheinlich die hintere Wurzel. Die vordere Wurzel steht mit den Canal. semicirculares in Verbindung. Die Striae medullares dürfen nicht als directe Acusticus-Fasern angesehn werden, es sind möglicherweise secundäre Bahnen, haben aber auch möglicherweise mit dem Acusticus gar nichts zu thun. Langreuter (Eichberg).

---

89) **A. Richter** (Dalldorf): Zur Frage der optischen Leitungsbahnen des menschlichen Gehirns. (Arch. f. Psych. XVI. 3 p. 638.)

An der Hand eines neuen intra vitam genau beobachteten und zur Section gekommenen Falles verfolgt Verf. das obige, bereits auf der Leipziger Naturforscherversammlung von ihm erörterte Thema. Bei einem Paralytiker entstand $2^1/_2$ Jahre vor erfolgtem Tode eine homonyme linksseitige Hemianopie, welche bis zum exitus constant blieb. Die Section ergab eine Erweichung des rechten Hinterhauptlappens, welche den Cuneus, die hintere Hälfte des Gyr. temporo-occipitalis med. und lat. und die 3 Gyri occipitales betraf. Um den Zusammenhang mit den infracorticalen Centren festzustellen, verfolgte R. die Degeneration, welche sich durch Fettkörnchenzellen kundgab, nach vorne zu auf zahlreichen Frontal- und Schräg-Schnitten am halbgehärteten Präparat. Bezüglich der genauen Lage des sich theilenden Degenerationsweges muss auf die Abbildungen des Originals verwiesen werden. Verf. kommt zu dem Schluss, dass die aus dem Zerfall eines Occipitallappens stammende Degeneration sich *bis zum Pulvinar* resp. dem hinteren inneren Theil des Thalamus opticus (*nicht weiter*, wie v. Monakow behauptet) verfolgen lasse. Langreuter (Eichberg).

---

90) **Nearonow**: Fall von corticaler Epilepsie mit postepileptoiden Lähmungen. (Medicin. Beilagen zum Marinejournal. Oktober 1885.)

Die Krampfanfälle traten bei dem 34jährigen Kranken in Zwischenräumen von 3—5 Wochen auf. Als Vorboten wurde ein Gefühl von Zusammenziehen in dem linken Arm und von Unbehagen im Herzen beobachtet. Die Krämpfe begannen jedes Mal im Arm, gingen auf das Bein über und erschienen schliesslich in den Muskeln des Halses, des Auges und des Gesichtes bei erhaltenem Bewusstsein, das nur kurz vor dem Tode während zweier Paroxysmen geschwunden war. Sofort nach dem Anfall trat complete, motorische und unvollständige sensible Lähmung der linken Körperhälfte auf, eine Parese

der betreffenden Muskeln war noch am folgenden Tage vorhanden, während die Sensibilitätsstörung ganz verschwunden war. Die nach einem Anfalle untersuchten Sehnenreflexe waren auf der linken Seite erhöht und war exquisiter Fussclonus links vorhanden, diese Erhöhung der Sehnenreflexe war am Tage nach dem Paroxysmus nicht mehr vorhanden. Verf. localisirte den ursächlichen Process, da Syphilis vorangegangen war in den oberen Theil der aufsteigenden Frontal- und Parietalwindung und nahm an dieser Stelle eine gummöse Geschwulst an.

Die *Section* ergab nun auch eine solche am oberen Rande des hinteren Drittels der ersten rechten Stirnwindung, eine zweite am hinteren Abschnitte des Occipitallappens. Die zeitweilige Verstärkung der Sehnenreflexe auf der gelähmten Seite führt Verf. mit Westphal auf einen temporären Ausfall der, durch die psychomotorischen Centren der rechten Grosshirnhemisphäre ausgeübten Hemmungswirkung zurück, indem auf die abnorme Reizung der motorischen Centren eine Erschöpfung dieser letzteren eintrat. Hinze (St. Petersburg).

91) **Thierry** (Paris): Ramolissement de cervelet. (Kleinhirnerweichung.) (Le Progrès. méd. Nro. 1. 1886.)

Der 31 jährige D. wurde am 23. Februar 1885 ins Krankenhaus aufgenommen. Bis auf einen im vergangenen Jahre durchgemachten acuten Gelenkrheumatismus soll er sich früher stets der besten Gesundheit zu erfreuen gehabt haben. Abusus in Baccho und in Venere wird in Abrede gestellt. — Der Beginn der gegenwärtigen Affection datirt einen Monat zurück. Als erste Krankheitssymptome erschienen *heftige Kopfschmerzen*, schleimiges, grünliches *Erbrechen*, anfangs seltener, alsdann mehrere Male im Laufe eines Tages. Anfälle von *Betäubung*, vorübergehende Verdunkelung des Gesichtes, eine ungewöhnliche Schwäche der Extremitäten der linken Seite machten allmählich den Gang des Pat. unsicher und gaben ihm das Aussehen eines angetrunkenen Menschen. Mitunter musste er sich setzen, um nicht umzufallen; er ist auch wiederholt inmitten seiner Beschäftigungen betäubt hingestürzt. Ein convulsiver oder apoplectiformer Anfall mit Bewusstseinsverlust wurde nicht beobachtet. — Gegenwärtig klagt Pat. über grosse Schwäche der ganzen linken Seite. Aufrecht zu stehen, ist ihm unmöglich; er muss beständig die rechte Seitenlage einnehmen. Die Glieder der linken Seite sind nicht gelähmt, aber die Bewegungen derselben sind langsam und wenig energisch. Die linke Hand kann nur unvollständig geöffnet werden. Die Extension des Daumens, des Zeigefingers und der ersten Phalanx des Mittelfingers ist allein möglich, die andern Finger bleiben gebeugt wie bei der Klauenhand. Ausserdem keine Contractur, keine convulsivischen Zuckungen. Auf der rechten Seite keine Motilitätsstörung. Die Sensibilität ist auf beiden Seiten erhalten, indessen links nur wenig abgeschwächt, ebenso die Reflexerscheinungen links etwas weniger ausgeprägt als rechts. Weder Atrophie noch Hautläsionen der Extremitäten. Fortdauernde, intensive, über den ganzen Kopf verbreitete Schmerzen. Desgleichen Ohrensausen mit merklicher Abnahme der Gehörsschärfe linkerseits. Auf derselben Seite Amblyopie und

die Pupille ad maximum erweitert. Apathischer Zustand, fortwährend Somnolenz, Träumereien und unzusammenhängende Worte. Keine Aufregung. Aufgerüttelt antwortet Pat. ziemlich verständig auf die ihm vorgelegten Fragen. Temperatur in der Achselhöhle 36,3 Puls 50, nicht aussetzend; Herztöne rein. — Respiration regelmässig, 16 Inspirationen in der Minute. Am Abende zwei Male Erbrechen. — Ordinatio: 2,0 Jodkalium pro die. Vom 24.—26. Februar keine wesentliche Aenderung. Der spärlich gelassene Urin enthält weder Eiweiss noch Zucker. Am 27. Februar wird Pat. comatös und cyanotisch. Die bisher stark erweiterte linke Pupille verengt sich und bleibt gleich der rechten leicht contrahirt. Um 10 Uhr Morgens Exitus letalis. *Autopsie.* An den innern Organen keine bemerkenswerthen Veränderungen. Gehirn: Die Meningen frei von Adhärenzen, keine Spur von Entzündung oder miliaren Granulationen. Die Gefässe der Pia mater strotzen von dunklem Blut und springen an der Oberfläche der Windungen hervor. In den Ventrikeln sehr reichlicher Erguss einer klaren, serösen Flüssigkeit. Ganz oberflächliche Erweichung der Wände des rechten Seitenventrikels; das Gehirn, das seine normale Consistenz behalten hat, ist im Uebrigen intact. — Kleinhirn: Erweichung des linken Kleinhirnlappens in seiner ganzen Ausdehnung; seine vordern und hintern Partien bilden einen grauweissen Streifen. Die am meisten central gelegenen weissen Partien, die den Fuss des Pedunkel constituiren, haben allein die gewöhnliche Consistens behalten. — Ein anderer Herd von oberflächlicher Erweichung findet sich an dem vorderen Ende des rechten Kleinhirnlappens. — Der mittlere Lappen ist intact, ebenso der Bulbus und Pons. — Der Truncus basilaris ist in seiner ganzen Ausdehnung durchgängig, aber ein Coagulum verstopft in einer Länge von 1 centm. die von der Vertebralis kommende linke Arteria cerebelli inferior posterior. — Die mikroskopische (von Prof. Cornil ausgeführte) Untersuchung ergiebt das Vorhandensein vieler Körnchenzellen in der von der Erweichung ergriffenen nervösen Substanz. Rabow (Berlin).

---

92) C. **Winkler** (Utrecht): En geval van Idiotismus. (Ein Fall von Idiotie.) (Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. Tweede Reeks. 21. Jaargang 1885.)

Der Fall betrifft einen 15 jährigen Idioten. Der Knabe war mit Zangenhülfe geboren. Es war kein erbliches Nervenleiden in seiner Familie, keine Lues bei den Eltern nachweisbar. Schon am Ende des ersten Lebensjahres bemerkten die Eltern dass er „in einander wuchs.“ Epileptiforme Anfälle traten auch dann auf, wiederholten sich dann und wann und dauerten bis zum Tode fort.

Er sprach nie, verstand aber seinen Namen. Er konnte nie laufen, kauen war ihm nicht möglich. Die Mutter that es für ihn. Faeces und Urin liess er unter sich gehen.

Während seines Aufenthaltes im Spital lag er mit starren atrophischen Nackenmuskeln in einem Lehnstuhl. In ziemlich gleichen Intervallen stiess er einen „Cri encephalique“ aus.

Die Gesichts- (mit Ausnahme der Kaumuskeln), die Augen- und Lungenmuskulatur war intact.

Die rechte obere Extremität war adducirt, im Ellbogen flectirt. Die Hand in Flexion und Pronation. Atrophie am stärksten im M. Biceps, Triceps, Beugemuskeln der Hand.

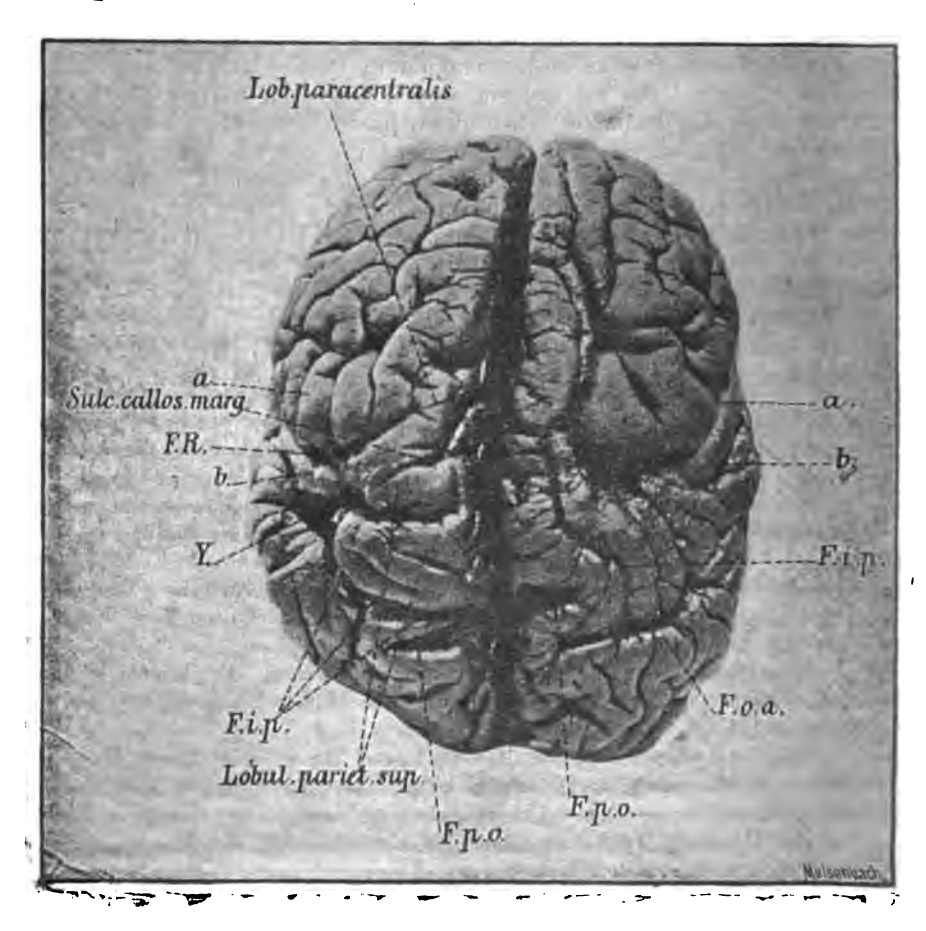
Athetose-ähnliche Bewegung der Finger und der Hand. (Siehe näheres im Original.)

Die linke obere Extremität ist wie die rechte, nur etwas stärker, atrophirt und die atrophische Contractur schärfer ausgeprägt. Keine Athetose.

Die beiden unteren Extremitäten sind im Hüft- und im Kniegelenk gebogen, einwärts rotirt. Nur das Becken und die Hacken sind die Stützpunkte auf dem Bette. Das Kniephänomen fehlt.

Der Knabe sieht, hört, hat auch Schmerzgefühl. Ueber die übrigen Empfindungsqualitäten war nicht recht zu urtheilen. Er starb plötzlich.

Die Section ergab: Dickes, wenig an der Dura mater adhaerentes Schädeldach. Keine Nahtexostosen. Keine besonders auffallenden Eigenthümlichkeiten am Schädel.



Die Gegend der Parietallappen beiderseits eingesunken. Die Arachnoidea ist dort durch klares Serum von den Gyris abgehoben. Die pia mater lässt sich leicht entfernen, nur von den Parietallappen gelingt die Entfernung nicht. Dort ist die pia mater trübe, dick und mit dem Cortex verwachsen. Das Hirngewicht 1040 Gramm.

Eine nähere Betrachtung des Gehirnes zeigt:

Auf der rechten Hemisphaere eine eigenthümliche inselförmige Windung (Phot. I a) nach hinten von einer pathologischen tiefen Grube begrenzt. (b) Diese Windung, der Gyrus centralis anterior, wölbt sich als ein operculum zum Theil über die Einsenkung hin. Unter dem überhängenden Rand findet man den stark atrophirten Gyrus centralis posterior, und die Fissura Rolando wieder. (Beide sind auf der Photographie von dem hinteren Rande dieser Insel verdeckt.) Diese Verhältnisse, ebenso wie die Beziehung zum Stirnlappen, und die sich bis an die Grube fortsetzende Fiss. calloso-marginalis characterisiren die Insel als vordere centrale Windung.

Der Gyrus centralis ant. wird an seinen beiden Enden von dem



atrophirten Gyrus c. post. festgehalten, und erreicht, ebenso wie die Fissura Rolando, die mediane Fläche nicht. Der Lobulus paracentralis findet mitten auf der Convexität Platz (unter dem medianen Rand der Insel), und ein Theil der medianen Hemisphärenfläche ist eben sehr auf die Convexität geschoben. So gewinnt es den Anschein als ginge die dritte (mediale) frontale Windung direct (nur durch die Fiss. calloso-marginalis eingeschnitten) durch das obere Wandläppchen in die Hinterhaupts-Windungen über.

Dem zufolge ist die ganze mediane Fläche verändert. Einerseits ist der Präcuneus in der Länge, von vorn nach hinten, verlängert (weil der Lob. paracentralis fehlte), andererseits in der Breite von oben

nach unten verkürzt (weil ein Theil desselben auf die Convexität geschoben ist.)

Ueberdies war auch das, hinter der pathologischen Einsenkung gelegene, untere Parietalläppchen oberflächlich verändert. (Phot. II.)

Auf der linken Hemisphäre befindet sich eine ähnliche (Phot. bei Y) Einsenkung. Hier ist sie mehr nach hinten und unten. Auf dem Boden liegt das ganz atrophirte untere Parietalläppchen. Die Fiss. Sylviae und die Fiss. postcentralis münden in diese Grube. Das obere Parietalläppchen bildet ein ähnliches operculum über diese Einsenkung hin wie rechts die vordere Centralwindung.

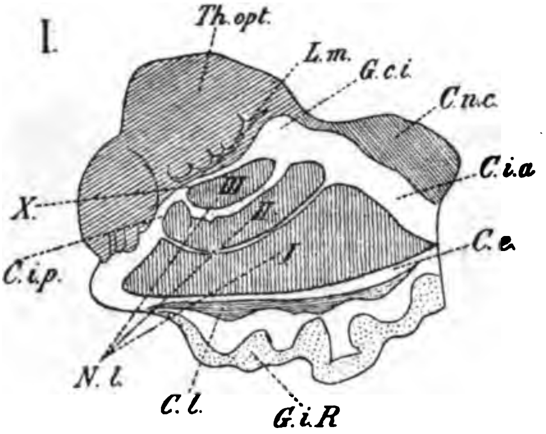
Weiter dehnt sich die Oberflächenläsion bis auf das untere und mittlere Drittel des Gyrus centr. posterior aus.

Der Balken ist im mittleren Drittel bis auf $^1/_3$ reducirt.

Von dieser ausschliesslich auf den Cortex localisirten Läsion aus war eine secundäre Atrophie nachzuweisen.

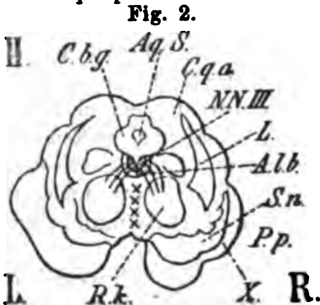
Die beiden vorderen Drittel des hinteren Abschnittes der rechten Capsula interna, weniger das hintere Drittel, waren auffallend verschmälert. (Fig. 1. x.)

Fig. 1.



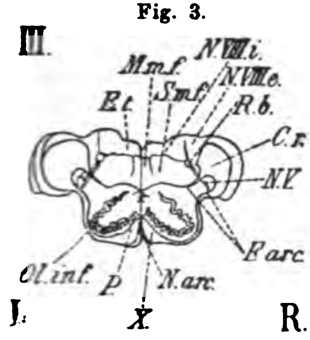
Weigert's Methode zeigte im vordern Theile eine Braunfärbung und nahezu vollständigen Verlust markhaltiger Nervenfasern. In Carminpräparaten färbte sich diese Stelle dunkelrosa.

Fig. 2.



Die linke Capsula interna verdarb durch Ueberhärtung.

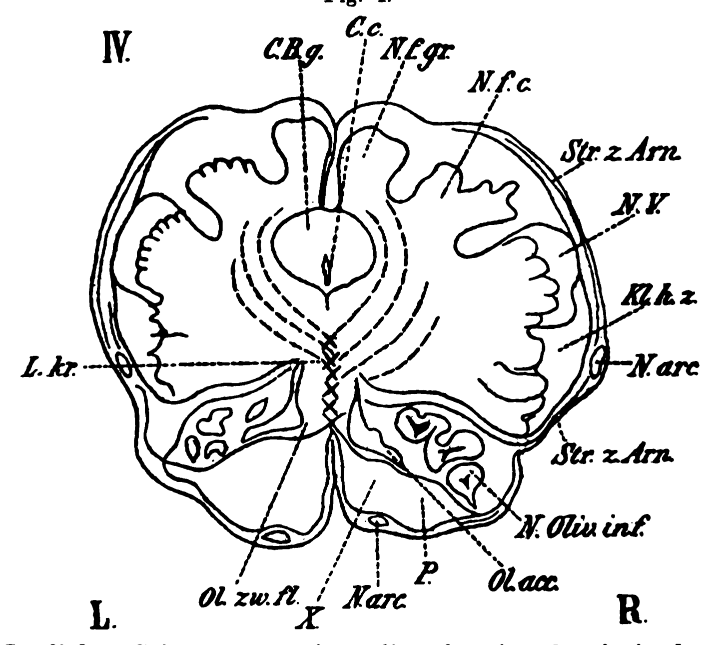
Es war keine Atrophie der grossen Ganglien — wenigstens nicht vom Corpus striatum und von dem Linsenkern — anwesend. Unmittelbar über der Brücke war die ganze laterale Partie von dem pes pedunculi atrophirt. Die Begrenzung des atrophirten Theiles gegenüber dem medianen Abschnitt (das Stirnlappen-Brückensystem Flechsig's) war eine ausserordentlich scharfe (Fig. 2).



In der rechten Pyramide konnte auch nicht mehr eine einzige Nervenfaser aufgefunden werden. Sie war ein dünner sclerosirter Strang geworden. (Fig. 3. x.) In der linken waren noch ziemlich viele, *sehr starke* Nervenfaser vorhanden.

Auch schien die rechte Olivenzwischenschicht etwas verkleinert, aber darin waren noch sehr viele schöne Sonnenbildchen übrig.

Im oberen Halstheile des Rückenmarkes (dessen Wegnahme nicht gestattet war) waren beiderseits die Pyramidenvorder- und Seitenstränge sclerosirt. (Fig. 5. x, x̳.)

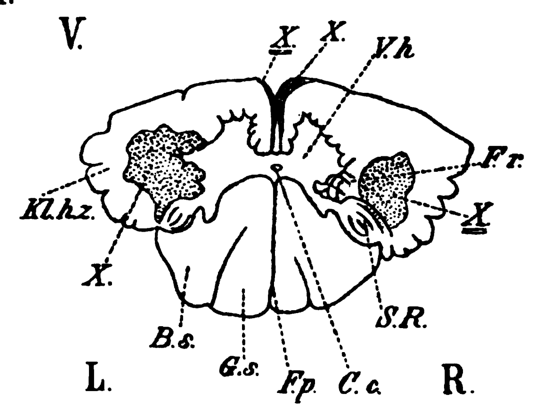


Im linken Seitenstrang stiess die sclerosirte Partie in der substantia reticularis ans Hinterhorn. (Fig. 5. x.)

Verf. meint, dass von einer Hemmungsbildung im gewöhnlichen Sinne des Wortes hier nicht die Rede sein kann. Die beiden pathologischen Einsenkungen haben ihre Entstehung offenbar einer circumscripten Leptomeningitis im späteren foetalen oder im sehr jungen postfoetalem Leben zu verdanken. Die klinische Anamnesis, und zum Theil auch der anatomische Befund, der auf ein voll entwickeltes, alle seine Furchen besitzendes Gehirn hinwies, berechtigten zur letzteren Annahme. Er glaubt, diese doppelseitige, auf den Wandlappen localisirte, circumscripte, nahezu aber nicht vollständig sym-

metrische Meningitis, mit dem Forceps in Verbindung bringen zu müssen. Einfach erklärt sich dann die grobe Verunstaltung.

Die normal fortwachsende Hemisphäre blieb in Folge der circumscripten Meningitis an einer ziemlich eng umgrenzten Stelle in Wachsthum zurück.



Rechts hatte dieser Process hinter und entlang der centralen Furche zur Atrophie der hinteren centralen Windung und des lobulus paracentralis geführt. Diese im Wachsthum zurückbleibende Partie zwang die vordere centrale Windung zur Insel- und Operculumbildung und zog einen Theil der medianen Fläche auf die Convexität.

Links lag die atrophische Stelle am hinteren Ende der Fossa Sylvii und übte mutatis mutandis denselben Einfluss aus. Das obere Wandläppchen ward zur Operculumbildung gezwungen, und auch hier rückte der allerdings hier sehr viel kleinere Theil der medianen Fläche auf die Convexität.

Weiter sieht Verf. in diesem Fall einen neuen Beweis — wenn er noch nöthig wäre — für den Ursprung des Pyramidensystems aus den centralen Windungen und dem lobulus paracentralis, wie F l e c h s i g u. A. ihn beschreiben. War doch das ganze rechtsseitige Pyramidensystem verschwunden. S.

---

93) **Otto Hebold** (Bonn): Aneurysmen der kleinsten Rückenmarksgefässe. (Arch. f. Psych. XVI. 3. p. 813.)

Ein 14 jähriges Mädchen ging nach einer Krankheitsdauer von 9 Monaten an einem subacuten Gehirnleiden zu Grunde. Die Reihenfolge der Symtome war: heftige Neuralgien, angeblich Gesichtsrose, 6 Wochen später Strabismus, dann Unruhe und Irrereden, heftige Kopfschmerzen, Haarausfall, Herabsetzung von Gesicht und Gehör, Hyperästhesie, weite, starre Pupillen, Ptosis, Aphasie, Blödsinn, Erblindung, Ptyalismus, Gehstörung, rechtsseitige spastische Symptome der unteren Extremität. —

Die *Autopsie* ergab Convexitätsmeningitis mit Sinusthrombose und Abscesse (tuberculöse?) im rechten und linken Schläfelappen.

Der auffallendste Befund waren die *Capillarectasien* und *Aneurysmen* der Rückenmarkssubstanz sowohl der weissen als der grauen. Der Befund war im Dorsalmarke am hervorstechendsten, sodass diese Partien schon makroscopisch stark geröthet erschienen. Daneben bestanden Blutextravasate und allgemeine Myelitis. Den Grund der Capillarerweiterungen findet Verf. in der Stauung, welche durch Thrombosen der grösseren Venen längs des Centralcanals enstand.

Langreuter (Eichberg).

---

94) **Franz Piehl** (Dresden): Ueber nervöse Magenkrankheiten.
(Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden. G. A. Kaufmann, 1885.)

Es werden in dem Vortrage die durch allgemeine Neuropathieen bedingten nervösen Magenkrankheiten mit Benutzung der neuesten Literatur und durch Illustrirung einiger charakteristischer Krankengeschichten sachgemäss behandelt. Goldstein (Aachen).

---

95) **Thomas Buzzard** (London): On some forms of paralysis dependent upon peripheral neuritis. (Ueber einige Formen von Lähmung in Folge peripherer Neuritis.) (The Lancet. 28. November 1885.)

Die meist durch Trauma bedingte circumscripte periphere Neuritis giebt sich bekanntlich in der Regel durch partielle Lähmung, grosse Schmerzhaftigkeit, Muskelatrophie, verminderte oder gänzlich aufgehobene electrische Erregbarkeit und trophische Störungen der Haut zu erkennen.

Selbstverständlich kann je nach dem Ergriffensein der sensoriellen, motorischen oder vasomotorischen Fasern und je nach dem Grade der Entzündung das eine oder andere dieser Zeichen fehlen, ein Umstand, der oft derart die Diagnose erschwert, dass es als Grundsatz gilt, in solchen zweifelhaften Fällen den Ursprung der fraglichen Affection nicht in die Peripherie, sondern in das Centralnervensystem zu verlegen.

Von letzterer Stelle stammen namentlich die in Folge von Gefässzerreissung entstandenen Lähmungen her, die wir nach chronischem Alcoholismus und nach Arthritis so häufig zu beobachten pflegen.

Doch bleibe nicht unerwähnt, dass letztere hier eine doppelte Rolle spielt, insofern als der Organismus die durch sie geschaffene bekannte anomale Blutmischung dadurch ausgleicht, dass er die Harnsauren Salze in die Lymphspalten und Lymphräume niederlegt, wo sie als Fremdkörper die betheiligten Nervenbündel in Entzündung versetzen.

Hier wie auch sonst hält sich dieser in der Peripherie verlaufende Prozess in engeren Grenzen; überschreitet er dieselben, was nur unter dem Einflusse von chronischem Alcoholismus, Diphtherie, Typhus etc. geschieht, so kommt nicht mehr die in Rede stehende, sondern die von Leyden bezeichnete progressive multiple Neuritis in Frage.

Pauli (Köln).

---

96) **Fr. Pelizaeus** (Augustusbad): Ueber eine eigenthümliche Form spastischer Lähmung mit Cerebralerscheinungen auf hereditärer Grundlage (Multiple Sklerose). (Arch. f. Psych. XVI. 3. p. 698.)

In der Descendenz eines gemeinsamen Stammvaters erkrankten ein Sohn, 3 Enkel und 1 Urenkel an demselben Symptomencomplex. Die vier Letztgenannten waren Nachkommen *gesunder* Töchter des Stammvaters, während die Nachkommenschaft der Söhne ganz verschont blieb. Das Leiden war offenbar ein congenitales, es wurde in früher Kindheit beobachtet — sobald die betr. Organe überhaupt die Defecte erkennen lassen konnten: Doppelseitiger Nystagmus, Sprachstörung (einförmiger Tonfall), spastische Lähmung der unteren Extremitäten, andeutungsweise auch der oberen, der Rücken- nud Gesichtsmuskulatur ohne Atrophie, erhöhte Sehnenphänomene bei vollständig erhaltener Haut- und Muskelsensibilität. Dabei ein mässiger Grad von Schwachsinn. Dies Krankheitsbild war bei einem 8 jährigen Familienmitgliede bereits vollständig entwickelt, es bestand bei dem ältesten 32 jährigen in fast gleicher Weisse noch fort. — Verf. glaubt, dass es sich in allen Fällen um *congenitale multiple Sclerose* des Gehirns und Rückenmarks handle. Leider kam von den bisher gestorbenen 3 Kranken keiner zur Section. (An Porencephalie dürfte hier ebenfalls zu denken sein. Ref.)

Langreuter (Eichberg).

---

97) **Prior** (Bonn): Ueber den Zusammenhang zwischen Chorea minor mit Gelenkrheumatismus und Endocarditis. (Berl. Klin. Wochenschr. 1886, Nro. 2.)

P. veröffentlicht die Erfahrungen, welche über diese schon viel diskutirte Frage, an den in den letzten Jahren auf der Bonner Klinik beobachteten Fällen von Chorea gemacht wurden. Es kamen 92 Fälle zur Beobachtung, welche alle wiederholt genau untersucht wurden und bei denen gerade auf die Ermittlung von Herzkrankheiten ein ganz besonderes Augenmerk gerichtet wurde; die allermeisten Kranken wurden auch von Herrn Geheimrath Rühle untersucht. P. theilt nun diese Fälle in 3 Gruppen. Die erste umfasst 85 Fälle, (87. ? Ref.) in denen von einer Erkrankung des Herzens keine Rede sein konnte.

Unter die zweite Gruppe reiht P. einen Fall unter, in dem bei einer 10 jährigen Patientin vor mehreren Monaten eine Herzkrankheit bestanden hat; zur Zeit ihrer Beobachtung in Bonn jedoch waren keine Zeichen einer Herzerkrankung zu finden, dagegen war 14 Tage vor dem deutlichen Auftreten der Chorea eine rheumatische Erkrankung der rechten Hand aufgetreten.

Unter die 3. Gruppe zählt P. 4 Fälle, in denen mehr weniger alte Herzfehler konstatirt wurden (7 jähriges Mädchen mit langjähriger Mitralinsuffizienz; ebenso zwei 8 jährige Patientinnen; 18 jährige Patientin vor 7 Jahren Gelenkrheumatismus, jetzt deutliche Mitralinsuffizienz).

P. zieht aus diesen mit allen Hülfsmitteln der neuen Untersuchungsmethoden untersuchten und genau beobachteten Fällen mit Recht den Schluss, *dass in dem Zusammentreffen von Chorea mit Endocar-*

ditis etwas Gesetzmässiges nicht erblickt werden darf. Den Grund, warum von anderen früheren Autoren eine häufige Coinzidenz von Chorea und Herzfehler konstatirt wurde, sucht P. in dem Umstande, dass an anderen Orten Gelenkrheumatismus und Endocarditis überhaupt viel häufiger vorkommt, wie im Rheinlande, und andererseits darin, dass die französichen Autoren namentlich jedes systolische Geräusch, wie man das bei diesen anämischen Kranken sehr häufig zu hören bekommt, als Zeichen einer bestehenden Mitralinsuffizienz ansehen. Bastelberger (Eichberg).

---

98) **Richard Schulz** (Braunschweig): Neuropathologische Mittheilungen. (Arch. f. Psysch. XVI. 3. p. 579.)

Der *erste* vom Verf. mitgetheilte *Fall* begreift einen interessanten diagnostischen Irrthum — interessant, weil nach dem Stande der Lokalisationslehre der Verf. vollauf zu einer scharfen Diagnose berechtigt schien: Eine 49 jährige Frau bekam nach einer einseitigen Hemianopsia lateralis sinistra im weiteren Verlauf der Krankheit homonyme laterale linksseitige Hemianopsie. „Aus einer rechtseitigen Hemiparese der Extremitäten entwickelte sich allmähliche Paraparese, fast Paraplegie aller vier Extremitäten, mit Contracturen der Beine, hochgradig gesteigerten Sehnenreflexen, Dorsalclonus an beiden Füssen und Sensibilitätsstörungen". Nach Eintritt von Geistesstörung, Blasen- und Mastdarmlähmung erfolgte den Tod. — Die Diagnose war auf langsam wachsenden Tumor der Gehirnbasis gestellt worden, ausgehend von der Hypophysis und den rechten Tractus opticus comprimirend. In Folge Drucks auf der Pons konnte dann secundäre Degeneration der Seitenstränge entstanden sein. Diese durch den klinischen Verlauf offenbar gerechtfertigte Diagnose wurde durch die Section nicht bestätigt. Statt *eines* Krankheitsprozesses wurden derer *zwei* gefunden, nämlich eine chronische Meningitis, welche zufällig um das Chiasma herum am stärksten entwickelt war und dadurch wohl die Sehfelddefecte bewirkt hatte — und eine Pacchymeningitis cervicalis hypertrophica nebst Compressionsmyelitis in der Gegend des 3. und 4. Halswirbels, welche für die übrigen Krankheitssymptome verantwortlich gemacht werden musste. Uebrigens kam Verf. bei der mikroscop. Untersuchung der Occipitallappen zu keinem sicher abschliessenden Resultat. —

Bei der den *zweiten Fall* betreffenden Section fand sich ein Haselnuss-grosser verkäster *Hirntuberkel* in der dritten linken *Stirnwindung.* Diese Diagnose war während des Lebens gestellt worden, trotzdem rein amnestische (nicht atactische) Aphasie bestanden hatte. Ausser der Sprachstörung war rechtsseitige Zungenlähmung und rechtsseitiger Facialiskrampf vorhanden gewesen. — Jedoch war nach Lage des Tumors ein Mittergriffensein des Anfangstheils der oberen Schläfenwindung nicht absolut ausgeschlossen.

(Schluss folgt.)

Langreuter (Eichberg).

---

99) **v. Ziemssen** (München): Die Electricität in der Medicin.
(II. Hälfte. Berlin 1885. pag. 190. M. 4,40.)

Dass von einem Buche, dessen erste Hälfte im Jahre 1872 ausgegeben ist, die zweite Hälfte im Jahre 1885 erscheint ist jedenfalls sehr absonderlich, sagt Verf. selbst in dem Vorwort; ich füge hinzu: es ist aber auch ausserordentlich erfreulich und erfüllt damit die Wünsche, die gewiss Mancher in der Zeit von 13 Jahren längst zu Grabe getragen hatte, in unerwarteter Weise. Für dieses literarisch seltene Factum gebührt dem Verf. allein schon unser Dank.

Der Inhalt — Electrodiagnostik, Electrotherapie — entspricht durchaus dem heutigen Stande der Wissenschaft und steht durchweg auf dem Boden eigener Untersuchung und Beobachtung. Mag der Einzelne mit einzelnen Angaben in Widerspruch stehen, im Ganzen verdient das Buch unbedingte Empfehlung. Erlenmeyer.

— — —

100) **Axel Johannessen** (Bärum-Christiania): Ueber das Wiederkäuen beim Menschen. (Zeitschr. f. klin. Medicin. Bd. X. Heft 3, 1885.)

Verf. knüpft an einen Fall von Rumination bei einem 27 jährigen Manne geschichtlich-kritische Mittheilungen, denen er zum Schlusse eine Vergleichung mit den hervorstechendsten Punkten seiner Beobachtung anreiht. An dieser Stelle interessirt, zu wissen, dass Patient geneigt war zu Nasenbluten und die Familie von väterlicher Seite haemophil zu sein scheint. Die Mutter des Patienten hatte früher von einem epileptischen Vater ein epileptisches Kind geboren. Dazu bemerkt Verf., dass Bourneville und Seglas, die neuesten Bearbeiter des Mérycismus, die Aufmerksamkeit auf das verhältnissmässig häufige Vorkommen der Rumination bei Idioten und Epileptischen hingelenkt haben. Ferner ist hervorzuheben, dass Pat. im Zorn oder bei heftiger Gemüthsbewegung nicht ruminirt. Derartige Beobachtungen sind relativ häufig gemacht. Man kann dabei an Luchsinger's Ruminerationscentrum denken, das durch den Einfluss des Gehirns gehemmt werden kann. Squires theilt einen Fall mit, wo ein ruminirender Geisteskranker von der Affection geheilt wurde, als sich die Geisteskrankheit gebessert hatte, beim Recidiv der letzteren wurde er wieder Ruminant. In dieses Gebiet fällt auch der von Bourneville und Séglas betonte Zusammenhang von Idiotie und Rumination. Schliesslich ist hervorzuheben, dass Patient selten erbricht, und dass das Erbrechen jedesmal mit grossem Schmerze verbunden ist. Dieser so wie der eben angeführte Umstand leitet auf einen Vergleich mit den wiederkauenden Thieren hin. „Aus der angeführten Geschichte und den Theorien der Rumination, so schliesst Verf., geht einerseits hervor, dass die Auffassung des Wiederkäuens beim Menschen stets mit den Theorien über dasselbe bei den Thieren gleichsam verknüpft gewesen ist, andrerseits, dass Zeichen vom Zusammenhang desselben mit dem Nervensystem und seiner Abhängigkeit von diesem in nicht geringer Anzahl beobachtet worden sind, so dass es möglicherweise gestattet sein dürfte, auch beim Menschen, die ursprüngliche Ursache

der Rumination in Veränderungen der Nerven und Nervencentren zu erblicken, aus deren Erregung bei den Thieren die Rumination hervorzugehen scheint — selbstverständlich mit den Modificationen, welche der entwickelte Wille bedingt." — Goldstein (Aachen).

101) **Max Goldstein** (Schöneberg-Berlin): Ueber die Beziehungen der progressiven Paralyse zur Syphilis. (Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 42. H. 2. 1885.)

Unter 466 Privatkranken der Schöneberger Anstalt, die in den letzten 5 Jahren daselbst Aufnahme gefunden hatten (289 m., 177 w.) befanden sich 3 paralytische Frauen. Keine von diesen hatte Syphilis gehabt. Unter den 289 Männern waren 121 (42%) Paralytiker. Bei 22 gab die Anamnese keinen genügenden Aufschluss in Bezug auf voraufgegangene Syphilis. Von den übrigen 99 Pat. waren 49 syphilitisch gewesen. (Ulcus molle nicht eingerechnet.) Von den Paralytikern waren also grade die Hälfte (50%) syphilitisch inficirt gewesen. Unter 100 nicht-paralytischen Geisteskranken konnten nur 11 Syphilitische gefunden werden. Es ergibt sich also aus dieser Statistik, dass, wenn Männer, die Lues gehabt haben, psychisch erkranken, sie weit häufiger an Paralyse, als von einer anderen Psychose befallen waren, und dass ein auffallend grosser Theil aller Paralytiker kürzere oder längere Zeit vor Ausbruch der Geistesstörung Syphilis acquirirt hatte. Auch hier hatten sich ausser der Lues noch andere ätiologische Momente (Trauma capitis, Abusus spirit., geistige Ueberanstrengung neben Gemüthsbewegungen etc.) nachweisen lassen. Diese wie die anderen bekannten Erwägungen leiten Verf. zu dem Schlusse, dass man nicht berechtigt sei, die Syphilis als Ursache der Paralyse zu bezeichnen, so lange man nicht die Entstehung der einen Krankheit aus der anderen genetisch klarzulegen vermöge. In Bezug auf die Einwirkung antisyphilitischer Curen theilt Verf. folgenden bezeichnenden Fall mit: Ein 33jähr. Kaufmann, der vor 3 Jahren syphilitisch inficirt war und verschiedene Curen in Aachen, Hall etc. gebraucht hatte, zeigte bei seinem Eintritt in die Anstalt die gewöhnlichen Symptome der progressiven Paralyse. Kurze Zeit darauf bekam derselbe eine specifische Iritis. Diese Affection heilte unter einer Schmierkur sehr bald. Die psychische Erkrankung wurde aber durch diese Kur nicht allein nicht gebessert, sondern machte im Gegentheil sehr rapide Fortschritte. Es lasse sich nach alledem nur vermuthen, dass die Syphilis einen schwächenden Einfluss auf das Gehirn ausübe, dass es seine Widerstandskraft verringere und so, ebenso wie viele andere Schädlichkeiten, die Entwickelung der progressiven Paralyse erleichtere, deren eigentliche Ursache noch ganz unbekannt sei.

Kron (Berlin).

102) **Legrand du Saulle** (Paris): Le rhumatisme cérébral, la folie rhumatismale et la goutte cérébrale. Troubles intellectuels chez les rhumatisants et les goutteux. (Der cerebrale Rheumatismus, die rheumatische Manie und die Hirngicht. Intellectuelle Störungen bei den Rheumatikern und Arthritikern.) (Gaz. des Hôp. Nro. 8 1886. Klin. Vortr.)

Wie aus den Untersuchungen Ollivier's und Ranvier's her-

vorgeht, beruht der Rheumatismus cerebri auf einer fluxionären Hyperämie der pia mater, während dieselbe die serösen Membranen der Synovialkapseln der Gelenke da zum Sitze wählt, wo Polyarthritis rheumatica in Frage kommt.

Ebenso wie sich bei Menschen, welche viel gehen oder stehend arbeiten, der rheumatische Prozess mehr in den unteren als oberen Extremitäten localisirt (Gubler), ebenso verhält es sich mit dem Gehirn, insofern in demselben jener Prozess dann Wurzel fasst, wenn das Nervensystem eine Abschwächung erfahren und das Gleichgewicht verloren hat.

Daher sind übermässige geistige Anstrengungen, erbliche Belastung, erworbene oder angeborene Neurasthenie diejenigen ätiologischen Momente, welche die Entstehung der fraglichen Encephalopathie am meisten begünstigen.

Nur Hysterie und Epilepsie haben das eigenthümliche Privilegium, eine Ausnahme von dieser Regel zu machen.

Dagegen leistet der chronische Alkoholismus dem Ausbruche jenes Hirnleidens in hohem Grade Vorschub.

Ferner stehen noch als Ursachen desselben excessiv hohe Temperaturen des acuten Rheumatismus sowie gewisse Maassnahmen im Ruf, die gegen letztere zur Anwendung kommen. Namentlich hat man in letzterer Hinsicht das schwefelsaure Chinin und die Salicylsäurepräparate angeklagt.

Ob mit Recht, mag dahin gestellt bleiben; doch wäre es nicht unmöglich, dass die letzteren, indem sie in so augenfälliger Weise auf die Schmerzen der Gelenke wirken, Metastasen nach dem Gehirn bedingen.

Pauli (Köln).

---

103) **Max Flesch** (Bern): Zur Casuistik anomaler Befunde an Gehirnen von Verbrechern und Selbstmördern. (Arch. f. Psych. u. Nkr. XVI. 3 p. 689.)

Unter obigem Titel gedenkt Verf. eine Reihe von einschlägigen Fällen zu veröffentlichen. Die vorliegende erste Beobachtung betrifft: *Unvollkommene Bildung der Grosshirnsichel mit unsymmetrischer Entwickelung der Hemisphären.*

Es handelt sich um einen 50 jährigen Selbstmörder ohne äussere Degenerationszeichen. Die Falx cerebri hatte vorne einen bedeutenden Defect. Sie endete, sich von hinten nach vorn verschmälernd, etwa in halber Länge des Gehirns. Die sehr detaillirt beschriebenen Windungsanomalien erstreckten sich meist auf die linke Hemisphäre. Hervorzuheben ist: Ungewöhnlich seichte Beschaffenheit der Fossa Sylvii, schwache Ausbildung des Schläfelappens und Abweichung in der Formation der Scheitelwindungen.

Langreuter (Eichberg).

---

104) **W. Sander** und **A. Richter** (Dalldorf): Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen. Nach Beobachtungen in der Irrenanstalt Dalldorf. (Berlin 1886 Fischer's med. Buchhandlung (H. Kornfeld) II. 404 S.)

Das Werk, welches wir als eine wesentliche Bereicherung der forensisch-psychiatrischen Literatur begrüssen, zerfällt in fünf Kapitel,

von denen das erste von Richter, die vier folgenden von Sander bearbeitet sind. Das erste Kapitel behandelt die mit dem Strafgesetz in Konflikt gerathenen, geisteskranken Männer der Irrenabtheilung der Irrenanssalt der Stadt Berlin zu Dalldorf in den Jahren 1880—1883. Dieselben sind in folgende Krankheitsgruppen untergebracht:

1. Imbecillität und Idiotie, 2. originäre Verrücktheit, 3. Verrücktheit, 4. sekundäre Geistesschwäche, 5. chronischer Alkoholismus, 6. Epilepsie, 7. Paralyse. So weit einzelne Fälle referirbar sind, kommen wir später auf dieselben zurück.

Die von Sander bearbeiteten Capitel haben zur Ueberschrift: II. Zur Statistik der mit dem Strafgesetz in Konflikt gerathenen Geisteskranken. III. Zehn Gutachten über schwieriger zu beurtheilende Fälle von Geistesstörung, IV. Ein Gutachten über zwei der Simulation verdächtige Verbrecher. V. Sind besondere Anstalten für die geisteskranken Verbrecher nothwendig?

Wir behalten uns vor, auf den Inhalt von II, III und IV. zurückzukommen und versuchen es vorläufig, ein kurzes Resumé des Schlusskapitels zu geben. Die an der Spitze des Kapitels stehende Frage wird vom Verfasser entschieden verneint und diese Verneinung durch erschöpfende, auch für den Nicht-Irrenarzt einleuchtende Argumente begründet. Zunächst führt S. die im Jahre 1865 von Theodor Simon in Horn's Vierteljahrschrift veröffentlichte Arbeit an, welche zu dem Schlusse kommt, dass sowohl die irren Verbrecher, als die in der Haft geistig erkrankten Sträflinge in die Irrenanstalten gehören und nur die akuten Fälle in eigenen Abtheilungen der Strafanstalts-Lazarethe unter zu bringen sind. Es folgen nun die Erfahrungen Knecht's über die mit der Strafanstalt Waldheim (Sachsen) in Verbindung stehende, spezielle Irrenstation, welche entschieden gegen die Angemessenheit solcher Annexe für irre Verbrecher sprechen. Die englischen Verhältnisse (Broadmoor) sind für uns nicht massgebend, da sie auf ganz anderen Anschauungen basiren. Im Jahre 1882 plaidirt Zinn in der Versammlung des Vereins deutscher Irrenärzte in Eisenach für Irrenabtheilungen besonders zu errichtender Invalidengefängnisse. Der Verein der deutschen Strafanstalts-Beamten resolvirt 1883 in Wien, ganz entgegengesetzt den früheren Beschlüssen von 1874, 1877 und 1880 gegen die Errichtung eigener Anstalten für irre Verbrecher. Nach dieser historischen Einleitung werden die gegen die Aufnahme der irren Verbrecher in die Irrenanstalten geltend gemachten Gründe aufgezählt und zunächst die öffentliche Meinung als völlig inkompetent zurückgewiesen. Ebensowenig stichhaltig ist der Grund, dass das Gefühl der unbescholtenen Kranken durch ihr Zusammensein mit Verbrechern verletzt werde. Massgebendere Gründe sind angeblich die sittliche Einwirkung der geisteskranken Verbrecher auf die anderen Kranken, sowie die Schwierigkeit, sie am Entweichen zu verhindern. Beides gilt durchaus nicht für alle irren Verbrecher. Auch kommt hier nicht der ursprüngliche Charakter in Betracht, sondern seine Modifikation durch die Geistesstörung. Viel trägt auch die falsche Behandlung der noch nicht als geisteskrank Erkannten in den Strafan-

stalten zur Entwicklung ihrer Gefährlichkeit bei. Es folgt ein Versuch aus den in Broadmoor gemachten Erfahrungen einen Schluss auf die Zahl derjenigen irren Verbrecher zu ziehen, welche wegen ihres störenden Charakters in Special-Asyle gehören sollen. Danach würden auf hundert irre Männer etwa 1—2 dieser Kategorie kommen. Diese dürften sich recht gut unter die übrigen Kranken in einer grösseren Anstalt vertheilen lassen. Was die Gefahr des Entweichens anlangt, so lässt sich derselben durch Individualisiren und mässige Steigerung der mechanischen, grösseren Aufwand an dynamischen Mitteln abhelfen. Absolut sichern auch Gefängnisse und Specialasyle nicht vor Entweichungen. Verfasser behandelt zum Schluss die angeblichen Vortheile der Specialanstalten, als 1. Vermeidung der Ueberlastung der gewöhnlichen Anstalten, 2. Verbesserung der Chancen der Genesung. 3. selteneres Vorkommen von Simulationen, 4. Aufnahme von Untersuchungs-Gefangenen mit zweifelhaftem Geisteszustand und beweist, dass dieselben illusorisch sind. Zum Schlusse werden die Nachtheile der Specialanstalten vom praktischen und idealen Gesichtspunkte aus erörtert.

Landsberg (Ostrowo).

---

105) **Kreuser**: Die Königliche Heil- und Pflegeanstalt Winnenthal. Fünfzigjähriger Anstaltsbericht. (Tübingen, Verlag von Franz Fuess 1885.)

Der 101 Octavseiten umfassende Bericht enthält zunächst eine Geschichte Winnenthals vor Errichtung der Heilanstalt, die besser im Orginal nachgelesen werden mag. Die Errichtung der Heilanstalt, einer der ältesten Deutschlands fällt ins Jahr 1834. Bis 1875 behielt sie den Character einer reinen Heilanstalt, von da ab wurde sie Heil- und Pflegeanstalt.

Aus dem Statut der Anstalt ist hervorzuheben und zur Nachachtung zu empfehlen, dass nach Massgabe der vorhandenen Mittel unbemittelten heilbaren Geisteskranken auf die Dauer von 6 Monaten unentgeldliche Verpflegung gewährt und so eine möglichst frühzeitige Unterbringung erheblich gefördert wird.

In den Personalien findet sich die Notiz, dass Griesinger in Winnenthal seine psychiatrische Schulung erhalten hat. — Hier wie anderswo ertönt die Klage über das Wartepersonal. Es haben in den 50 Jahren 431 Wärter und 267 Wärterinnen gewechselt.

Die Geschichte der Baulichkeiten Winnenthals ist dieselbe, wie aller der Anstalten, welche ihren Anfang in alten Schlössern oder Klöstern gehabt haben. Es sind im Laufe der Zeit die durchaus unpassenden Räume den Anforderungen der Neuzeit entsprechend nach und nach mit grossen Kosten umgewandelt worden, so, dass die Anstalt jetzt im Besitz von allem Comfort bis zur Dampfheizung, Wasserleitung, Kanalisation, Telephon etc. sich befindet.

Die Krankenbewegung ist aus äussern Gründen in 3 Perioden eingetheilt. Diese reichen:

I vom 1. März 1834 bis 28. Februar 1854.
II vom 1. März 1854 bis 30 Juni 1875.
III vom 1. Juli 1875 bis 31. Dezember 1883.

A. Die allgemeine Krankenbewegung.

Schon im 6. Jahre des Bestehens der Anstalt war die bei ihrer Errichtung zu Grunde gelegte Normal-Krankenzahl von 100 überschritten und ist allmählich bis auf 220 gewachsen. Der durchschnittliche Bestand für den ganzen fünfzigjährigen Zeitraum beträgt 136,38; für die drei oben differenzirten Perioden desselben belief er sich auf 98,85 —145,62—199,88.

Die Aufnahmeziffern steigen anfangs ebenfalls sehr rasch bis auf 102, gerathen dann ins Stocken um schliesslich wieder zu einem Maximum von 152 an zu wachsen. Die durchschnittliche Jahresaufnahme in der ganzen Zeit berechnet sich zu 83,18; in den drei Perioden zu 71,1—90,95—97,05.

Der Abgang muss bei der constatirten Zunahme der Krankenzahl stets etwas hinter dem Zugang zurückbleiben; von einigen Schwankungen abgesehen, läuft er demselben ziemlich parallel und beträgt durchschnittlich 79,00; in den drei Perioden 69,65—84,32—96,12. —

B. Der Zugang.

Bei der Vertheilung der Aufnahmen nach dem *Geschlecht* hat sich herausgestellt, dass im Ganzen bisher die Männer ein grösseres Kontingent zu den Aufnahmen gestellt haben.

Die Vertheilung auf die *Verpflegungsklassen* ergiebt in den ersten Perioden ein Uebergewicht der besseren Klassen und der Ausländer, das späterhin erheblich paralysirt wurde. Während früher etwa 30⁰/₀ der Aufgenommenen der 3. Klasse angehörten sind es in jüngster Zeit etwa 59⁰/₀. Es erklärt sich dies daraus, dass unter den gebildeten Klassen das Vorurtheil gegen die Anstalten eher zu schwinden begann.

Die Vertheilung nach *Krankheitsformen* zeigt auffallend hohe Ziffern für die Primärformen, was sich zum grossen Theil aus dem ursprünglich ausschliesslichen Character Winnenthal's als Heilanstalt erklärt. In der ersten Periode betragen dieselben 75⁰/₀, in der zweiten 90⁰/₀, in der dritten 72⁰/₀. In allen 3 Perioden war beim weiblichen Geschlecht der Procentsatz von primären Formen nicht unerheblich höher. — Die Melancholie hat an Häufigkeit zugenommen und zwar bei den Männern mehr und gleichmässiger als bei den Frauen, bei welch' letzteren die Zahl der an dieser Form erkrankten beträchtlich die des anderen Geschlechts übertrifft. Der Unterschied beträgt 23⁰/₀. Die grössere Häufigkeit der maniakalischen Formen beim männlichen Geschlecht harmonirt mit den Berechnungen anderer Anstalten. Die Paralyse gelangt selten zur Aufnahme.

Die Ermittelung der *Krankheitsdauer vor der Aufnahme* ergiebt, dass hier wesentlich weniger Kranke im Laufe des ersten Monats der Krankheitsdauer zur Aufnahme gelangt sind, während für den zweiten bis sechsten Monat Winnenthal höhere Zahlen als andere Anstalten aufzuweisen hat, so dass für das erste Halbjahr sich die Zahlen bei den Frauen genau gleich stellen, während bei den Männern ein Mehr resultirt. Bei der Melancholie führen die Frauen in der Regel ihre Kranken der Anstalt später zu als die Männer, bei der Manie ist dies

weniger der Fall. Erbliche Psychosen gelangen durchschnittlich früher zur Aufnahme, als die nicht erblichen.

Bei Ermittelung des *Lebensalters* der Aufgenommenen zeigt sich, dass ein volles Drittel aller Aufgenommenen im dritten Dezennium gestanden hat, und dass hiervon ein ziemlich grösserer Antheil auf das männliche Geschlecht kommt; es folgt an Aufnahmefrequenz das Alter zwischen 31 und 40 Jahren mit nahezu gleich starker Betheiligung beider Geschlechter; nun kommt das fünfte Jahrzehnt in welchem die Männer, dann das sechste, in welchem die Frauen überwiegen. Die nächste Aufnahmeziffer findet sich im Alter bis zu 20 Jahren mit etwas stärkerer Betheiligung des weiblichen Geschlechts, worauf die höheren Altersklassen mit abnehmender Gesammtfrequenz und progressivem Ueberwiegen der Frauen sich anreihen.

Ueber den *Civilstand* der Aufgenommenen im Verhältniss zur entsprechenden Vertheilung der Bevölkerung ist ermittelt worden, dass die Ledigen absolut und relativ weitaus das grösste Aufnahmekontingent stellen, zumal bei den Männern, und dass dieses Verhältniss sich durch fast alle Lebensalter — eine Ausnahme macht nur das Alter über 70 Jahre — verfolgen lässt; stark erscheint ferner die Disposition zur Erkrankung bei Verwittweten und Geschiedenen, zumal wenn schon in verhältnissmässig frühem Alter die Verwittwung erfolgt; die Wittwen zeigen auch noch im Alter von 61—70 Jahren eine ziemlich hohe Ziffer 1,05. Durchgängig die niedrigsten Zahlen finden sich bei den Verheiratheten; hier ist das abweichende Verhalten beider Geschlechter, zumal im Alter zwischen 21 und 30 Jahren (m. 0,45 w. 0,99) sehr bemerkenswerth.

Bei der Vertheilung nach *religiösen Bekenntnissen* zeigen im Verhältniss zu ihrer Vertretung in der Bevölkerung die Israeliten die stärkste Aufnahmefrequenz 1:2,22, dann folgen die Evangelischen mit 1:1,23, während die Katholiken mit 1:0,44 an Aufnahmen, vielleicht auch an Erkrankungshäufigkeit nicht unerheblich zurückbleiben.

(Schluss folgt.)

Neuendorf (Bernburg).

IV. Aus den Vereinen.

I. Verein der Aerzte in Steyermark.

Sitzung am 14. Dezember 1885.

106) Regierungsrath Dr. jur. **Göhlert** hielt einen Vortrag: *Ueber Cretinismus,* in welchem viel statistisches Material zusammengetragen war. Die geographische Verbreitung des Cretinismus fällt mit der der Taubstummheit zusammen. Betreffs der Aetiologie erwähnt der Vortragende den Zusammenhang des Cretinismus mit den Bodenverhältnissen (Kratter, Sieb), Richtung und Enge der Thäler (Mayer), Wasser-, Wohnungs- und Nahrungsverhältnisse, erbliche Belastung, sociale Ursachen (Knapp), Trunksucht, Entbehrungen, Ueberfütterung, Verwahrlosung der Kinder, besonders der unehelichen. Ueber die Verbreitung des Cretinismus in

den Bezirkshauptmannschaften Steyermarks im Jahre 1880 giebt nachstehende Tabelle Auskunft.

(Die Bezirke sind nach der Grösse der Verhältnisszahlen geordnet.)

Bezirk	Cretinen	Auf je 10.000 Einw. entf.
Luttenberg	13	5·1
Radkersburg	27	7·2
Rann	42	9·0
Pettau	100	12·4
Marburg	113	13·1
Feldbach	138	16·9
Cilli	214	17·2
Hartberg	118	22·5
Graz (Umgebung)	278	24·5
D.-Landsberg	122	24·7
Weiz	148	25·0
Windischgraz	118	28·7
Gröbming	83	29·4
Leibnitz	211	33·1
Bruck	202	33·8
Liezen	108	45·5
Leoben	209	50·4
Judenburg	307	62·4
Murau	273	100·4
Zusammen	2888	24·4

Cretinismus fällt häufig mit Kropf, und wie Göhlert in der folgenden Tabelle für Steyermark ersichtlich macht, oft mit Illegitimität zusammen.

Gruppe	Procent-Zahl der unehelichen Kinder	Bezirke
I	von 11·2—15·5	**Rann, Pettau, Luttenberg,** Cilli, **Marburg,** Hartberg.
II	„ 16·8—21·7	Radkersburg, **Feldbach,** Windischgraz, **D.-Landsberg.**
III	„ 22·6—28·3	**Weiz, Leibnitz,** Graz.
IV	„ 40·7—47·0	**Leoben,** Gröbming, Bruck, **Liezen, Judenburg.**
V	54·6	**Murau.**

Gruppe	Cretinen-Quote	Bezirke
I	von 5·1—13·1	**Luttenberg,** Radkersburg, **Rann, Pettau, Marburg.**
II	„ 16·9—24·7	**Feldbach,** Cilli, Hartberg, Graz, **D.-Landsberg.**
III	„ 25·0—33·8	**Weiz,** Windischgraz, Gröbming, **Leibnitz,** Bruck.
IV	„ 45·5—62·4	**Liezen, Leoben, Judenburg.**
V	100·4	**Murau.**

Die in einer Gruppe zusammenfallenden Bezirke sind fett gedruckt; die Zahl der fett gedruckten Bezirke beträgt nahezu zwei Drittheile aller Bezirke des Landes.

Die Maxima und Minima fallen zusammen.

Der Critinismus kommt oft in Familien mehrfach vor, was in Steyermark 40 Mal unter 100 der Fall ist. Auch sind einzelne Ortschaften wahre Brutstätten des Cretinismus. So ist z. B. in Fernitz (Bez. Umgebung Graz) *fast* kein Haus ohne Cretin.

Das männliche Geschlecht ist stärker betheiligt als das weibliche, doch ist das erstere im Allgemeinen zu Arbeiten verwendbarer als das letztere. Für die Verbesserung des Cretinismus, wozu Hebung der Widerstandskraft, der socialen Verhältnisse u. A. gerechnet werden müssen, ist bisher fast gar nichts geschehen. In Steyermark werden nur in Kainbach, Admont und Bruck a. M. Cretinen verpflegt. In Bruck besteht eine Anstalt mit ca. 40 Insassen vom 6. bis 15. Jahre. Ein Erfolg wurde daselbst nur dahin erzielt, dass die Cretinen sich einigermassen an Ordnung gewöhnen.

In der dem Vortrage sich anschliessenden Debatte hebt Dr. Kratter hervor, dass ganze Bezirkshauptmannschaften zu grosse Gebiete sind, um ein richtiges Bild der Verbreitungsverhältnisse des Cretinismus zu bieten. In einzelnen Bezirkshauptmannschaften mit hohem Percentsatze gibt es Gemeinden *ohne* Cretinen.

Dr. v. Köpl bedauert, dass in der Idiotenangelegenheit, welche der Verein vor zwei Jahren verhandelt hat, von Seite der Regierung seither nichts geschieht. Redner erinnert daran, dass nach Totalexstirpationen des Kropfes sich Symptome von Cretinismus eingestellt haben, welche mit dem Namen Kachexia strumipriva (Kocher) belegt wurden. In England hat man Cretinismus durch totale Kropfexstirpation experimentell hergestellt.

II. Medicinische Section der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur.

Sitzung vom 30. October 1885.

107) **Wernicke** stellt zwei *aphasische* Kranke vor. Die eine war vor mehreren Jahren von einem Schlaganfall betroffen worden und

hatte starke Residuen einer früheren totalen rechtsseitigen Hemiplegie und Aphasie zurückbehalten. Es handelt sich um einen reinen Fall motorischer Aphasie, denn die Pat. hat nur wenige unverständliche Laute zur Verfügung, verstand Alles, was zu ihr gesprochen wurde, und war durchaus intelligent. Dennoch konnte man in diesem Falle nicht eine Zerstörung der Broca'schen Windung diagnosticiren; denn die Kranke besass die unter solchen Umständen erst selten beobachtete Fähigkeit, spontan richtig zu schreiben, was auf Unversehrtheit der Broca'schen Windung, aber Unterbrechung der von derselben ausgehenden motorischen Sprachbahn schliessen lässt. — Die zweite Kranke war ein Beispiel totaler Aphasie d. h. zugleich motorischer und sensorischer. Dieser Befund lässt sonst den Schluss zu, dass die Broca'sche Windung und die I. Schläfewindung zugleich zerstört sind. Hier war diese Diagnose desshalb nicht statthaft, weil die betreffenden Symptome bei einer paralytischen Geisteskranken nach einem paralytischen Anfalle zurückgeblieben waren, der Satz aber allgemeine Giltigkeit hat, dass die Herdsymptome der progress. Paralyse nicht zur Annahme einer groben Herderkrankung berechtigen, sondern auf feineren, makroscopisch nicht nachweisbaren Veränderungen beruhen können. Natürlich kann aber ein Herd von dem betreffenden Sitze auch nicht ausgeschlossen werden. Die Voraussetzung des Vortr. bestätigte sich nicht, denn die später ausgeführte Section ergab ausser den gewöhnlichen Rindenadhärenzen einen *Erweichungsherd, der die Broca'sche Windung und die I. Schläfewindung einnahm.*

III. Société médicale des Hopitaux de Paris.

Sitzung vom 27. November 1885. (Union médicale 1885 Nro. 165.)

108) **Damashino** spricht über eine Arbeit von Dreifuss: die syphilitische Pseudoparalyse der Neugeborenen. Diese besteht in functioneller Bewegungsunfähigkeit der Extremitäten und beruht in den durch die hereditäre Syphilis gesetzten Läsionen des Skelettes. Specifische Behandlung, zur richtigen Zeit unternommen, ist oft wirksam. Er warnt vor Verwechselungen mit spinaler Kinderlähmung.

Féréol führt zwei kranke Männer vor: A. 34 Jahre alt, aus neuropathischer Familie; als Kind Convulsionen, mit zehn Jahren Amnesie nach Typhus; nie syphilitisch, erwachte er 1870 als Gefangener in Deutschland nach einem Lager auf feuchter Erde motorisch und sensibel auf der linken Körperhälfte paralysirt. Nach vier Monaten kehrte erst der Arm, dann das Bein zur Gesundheit zurück. Jetzt zeigt er: totale linksseitige Hemianästhesie, Einengung des Gesichtsfeldes Dyschromatopsie und Convulsionen. Vor einigen Monaten ist ihm auf die linke Kopfseite ein schwerer Gegenstand gefallen; nach einigen Tagen Schwäche war er linkseitig gelähmt. Jetzt ist der Fuss bereits wieder beweglich, der Arm ist noch in schlaffer Lähmung, biceps, triceps. thenar und hypothenar atrophisch. Die Haut in atrophischer Glätte, aber die electrische Reaction normal.

B. mit rechtseitiger Hemianästhesie, epileptiformen Convulsionen, Einengung des Gesichtsfeldes, Amblyopie, Dyschromatopsie, geringgra-

diger doppelseitiger Ptosis, Pupillenenge, associirter Paralyse gewisser Augenmuskeln. Im Alter von vier Jahren ist ihm in Folge Ueberfahrens der linke Arm, mehrfach gebrochen und anklyotisch, vollständig kraftlos verstümmelt worden. Nach 4 Jahren Bettlagers fand man Muskelatrophie und Entwicklungshemmung der Oberextremitäten; rechts trapezius und deltoideus, trotz guter Ernährung, sehr schwach, Pectorales beide vollständig atrophisch. Electrische Reaction intact.

Feréol sieht in diesen beiden Fällen ein Aehnliches den Wurzelparalysen als Folge von Dehnung des Plexus brachialis wie sie Miss Klumpke beschrieben haben soll. Hysterie könnte nebenbei bestehen.

Debove erklärt seinen früheren Ansichten entgegen, dass gleichzeitige Hémianästhesie mit Paralyse und apoplectiformen Anfällen, die durch aesthesiogene Agentien geheilt wurden, hysterischer Natur seien. Ein Mann von 36 Jahren fühlte plötzlich heftige, vage Schmerzen. D. fand verwundert, dass er leicht zu hypnotisiren, durch Suggestion die Schmerzen verlor. Ohne Anzeichen von Hysterie, erzählte er, dass eine hysterische Schwester somnambule Anfälle habe. Da vor 18 Jahren Lues dagewesen war, wurde eine interessante Paralyse der Sensibilität des Gesichts und der Motilität des rechten Arms fälschlich für syphilitisch gehalten und mit Jodkalium geheilt. Im vorigen Jahre erschien rechtsseitige Hemiplegie mit Hemianästhesie, die durch Suggestion heilte. Der Patient, sehr leicht zu hypnotisiren, verliert auf Befehl das Gesicht, das Gehör, die Sprache, wird gelähmt und contracturirt. Debove lässt nach ausgedehnter Beobachtung und unter Anwendung aller z. B. ophthalmologischer Mittel der Untersuchung keine Simulation zu. Man braucht den Kranken nur energisch zu versichern, dass er die oder jene Störung haben will und man erhält sie. Dumontpallier stimmt ihm bei und räth diese Thatsachen vorläufig zu verzeichnen ohne eine Erklärung zu suchen. Rohden (Oeynhausen).

V. Tagesgeschichte.

Im Mai d. J. wird bei Potsdam eine **Provinzialirrenanstalt für Epileptische der Provinz Brandenburg** eröffnet. In gesundester Waldgegend sind 90 Morgen Wiesen- und Ackerland für M. 18000 angekauft. Das Terrain schliesst sich an das Grundstück „Wilhelmstift" für blödsinnige Kinder an. Von den 8 projectirten Gebäuden sind 2 bereits fertig gestellt. Die Häuser, Pavillons, sind in einfachem Rohbau von Klinkern, mit Holzcementdach aufgeführt und gruppiren sich um ein Hauptgebäude, das die Directorialwohnung, Betsaal und Centralwaschanstalt enthalten wird. Die beiden fertiggestellten Pavillons werden vorläufig 20 männliche und 20 weibliche Kranken aufnehmen. Die ganze Anlage ist nach dem Vorbilde der Anstalt des Herrn Geh. San.-Rath Dr. Laehr in Zehlendorf entworfen. Diaconisinnen und Brüder aus dem Johannisstift in Berlin sollen die Krankenpflege übernehmen.

Aus Berlin. Der Plan zur **Errichtung einer neuen Irrenanstalt** zählt bekanntlich zu den Aufgaben, welche aus der neuen 50 Millionen-Anleihe erfüllt werden sollen. Das Kuratorium der Irrenanstalt zu Dalldorf glaubt jetzt den Zeitpunkt für gekommen, um mit Neubauten für die Unterbringung von Epileptischen und Geisteskranken durch die Stadtgemeinde mit Entschiedenheit vorzugehen. Das Kuratorium hat dem Magistrat vorgeschlagen, die Erbauung einer besonderen Anstalt in nächster Nähe Berlins zur Behandlung und Verpflegung von 600 Epileptischen, und ferner die Erbauung einer neuen Irrenanstalt für wenigstens 600 Kranke zu beschliessen. Ausserdem sollen auf dem Gutshofe zu Dalldorf zur Aufnahme von 50 geisteskranken Männern und 20 geisteskranken Frauen zwei einfache Gebäude errichtet werden. In dieser Weise würde im Ganzen für etwa 1300 Kranke neuer Raum geschaffen werden. Dass das Bedürfniss dafür ein dringendes ist, beweist die Statistik der Irrenpflege. Die Irrenanstalt zu Dalldorf vermag, obwohl sie von der ursprünglichen Zahl von 1020 Kranken bis auf 1250 erweitert worden ist, bei der wachsenden Zahl der Geisteskranken und Epileptischen dem Bedürfniss nicht mehr zu entsprechen. Im Jahre 1860 betrug die Zahl solcher, der städtischen Fürsorge anheimfallenden Kranken nur 228, gleich 0,43 pro Mille der Bevölkerung, 1870 belief sie sich schon auf 521, gleich 0,67 pro Mille. 1880 war sie 1240, gleich 1,10 pro Mille, und am 1. October 1885 1976, also mehr als 1,50 pro Mille der Bevölkerung. In dem neuen Etat ist die Zahl der Geisteskranken und Epileptiker, für welche die Stadtgemeinde zu sorgen hat, bereits auf 2100 angenommen worden. Als die Irrenanstalt in Dalldorf beschlossen war, hoffte man, dass es gelingen würde, alle der städtischen Irrenpflege unterstellten Geisteskranken dort unterzubringen. Zur Zeit befinden sich aber bereits 723 in Privatanstalten und nach dem neuen Etatsentwurf sollen von den angenommenen 2100 Kranken 1250 in der Irrenanstalt zu Dalldorf und 850 in Privatanstalten untergebracht werden. Bei der Fortdauer dieser steigenden Progression würde in weniger als vier Jahren die Zahl der in Privatanstalten untergebrachten Geisteskranken und Epileptischen ungefähr ebenso gross sein wie die Zahl der in der Dalldorfer Anstalt selbst Verpflegten.

Aus Berlin. Mit dem Seitens des Magistrats für den Süden Berlins projectirten neuen städtischen Krankenhause wird aller Voraussicht noch eine besondere **Aufnahmeanstalt für Geisteskranke** der Stadt verbunden werden. Das Curatorium der Irrenanstalt zu Dalldorf hat sich mit der Frage beschäftigt, ob nicht die Stadt ihr Irrenwesen vollständig in die Hand nehmen, die seit Jahren bestehende vertragsmässige Verbindung mit der Charité zur ersten Unterbringung von Geisteskranken aufheben und in Berlin eine eigene Aufnahmeanstalt für Irre errichten solle. Das Curatorium hat diese Frage bejaht und dem Magistrat vorgeschlagen, eine solche Aufnahmeanstalt mit hinreichenden Räumen für 150 Kranke zu errichten.

Ueberfüllung der Irrenanstalten in Ungarn. Bei der Budget-Berathung im ungar. Abgeordnetenhause konstatirte der Minister des Innern, dass sämmtliche Irrenanstalten des Landes in beklagenswerther Weise überfüllt seien. Bis die finanziellen Verhältnisse eine radikale Abhilfe gestatten werden,

beantragte er eine Erweiterung der im Pressburger Spital befindlichen Irren-Abtheilung. Die hierzu erforderliche Summe wurde vom Abgeordnetenhause einstimmig genehmigt.

Aus Graz. Professor Dr. v. Krafft-Ebing wird hier im Mai d. J. eine Privatanstalt für Nervenkranke (offene Curanstalt) eröffnen.

Aus Budapest. Die Conferenz der ungar. Psychiater behufs Besprechung der Frage der Irrenstatistik hat am 6. Februar hierselbst stattgefunden.

Aus London. Den Bemühungen A. de Watteville's ist die Gründung der *„Neurological Society of London“* zu verdanken, die sich soeben vollzogen hat. Zum Präsidenten ist Hughlings Jackson, zu Vicepräsidenten Wilks u. Crichton Browne gewählt. Zum „Council“ gehören Bastian, Broadbent, Bucknill, Buzzard, Ferrier, Galton, Hutchinson, Romanes, Savage und Schäfer. Bristowe besorgt die Casse und Bennet und A. de Watteville sind Secretaire. Als Ziel wird in § 2 der Statuten bezeichnet: Förderung der Neurologie und Erleichterung des wissenschaftlichen Verkehrs zwischen denen, die sich mit ihr beschäftigen.

VI. Personalien.

Offene Stellen. 1) Colditz, Assistenzarzt, 1800 Mark und freie Station. 2) Allenberg (Ostpreussen), II. Arzt, 1. April 1886, 3000 M., freie Wohnung etc. 3) Hildesheim, Assistenzarzt, 900 M. und fr. Stat. I. Cl. 4) Königslutter, 3. Assistenzarzt, 1000 M. u. fr. Stat. 5) Alt-Scherbitz, II. Arzt. 6) Bunzlau, II. Arzt. 7) Obernigk (Dr. Kleudgen's Privat-Anstalt), Assistenzarzt. 8) Eberswalde bei Berlin, a) III. Arzt, möglichst bald, 3000 M., freie Dienstwohnung etc. b) II. Hilfsarzt, 1. April, 1200 M. und fr. Stat. 9) Klingenmünster, II. Assistenzarzt, sofort, 1200 M. und freie Station. 10) Roda (Sachsen-Altenb.) Assistenzarzt, 1. April, 1000—1200 M. und freie Station, Verpflichtung auf ein Jahr. 11) Hannover, Stadtkrankenhaus, Irrenstation u. eine Abtheilung der medic. Station, Assistenzarzt, 1. April, 1000—1200 M. und freie Station. Meldung an den Magistrat in Hannover. 12) Bernburg, Assistenzarzt 1500 M. und freie Station. Persönliche Vorstellung nöthig. 13) Ahrweiler, (Dr. v. Ehrenwall's Privat-Anstalt) Vertreter, sofort bis Mitte März. Bedingung: Approbirt und psychiatrisch erfahren.

Ernannt. Herr Dr. Solbrig zum I. Assistenzarzt mit dem Titel Oberarzt in Karthaus-Prüll. Herr Dr. Köberlein zum II. Hilfsarzt in Erlangen. Herr Dr. Nagel aus Dalldorf, unser Mitarbeiter, zum Assistenzarzt der Universitäts-Irren- u. Nervenklinik in Halle a. S. Herr Dr. Pösch zum Primararzt in Ybbs. Herr Dr. Eugen Konrád zum dirig. Primararzt der Landesirrenanstalt in Hermannstadt.

Todesfälle. Sanitätsrath Dr. Ladislaus Pollák in Grosswardein. Wir betrauern einen treuen Freund und eifrigen Förderer des Centralblattes, dessen Andenken wir alle Zeit in Ehren halten werden. Red.
Dr. Brückner, soeben zum II. Arzt in Halle-Nietleben ernannt, Sohn des San.-Rath Dr. Brückner, Directors der Anstalt in Kreuzburg. Dr. Bernh. G. Eschenburg, Director der Irren-Anstalt in Lübeck.

Druckfehlerberichtigung.

pag. 85, Z. 16 v. ob. lies Hypotrophie statt Hypertrophie.
pag. 92, Z. 18 v. ob. lies Esami statt Esuri.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern. jede zwei Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von
Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

9. Jahrg. 1. März 1886. Nro. 5.

INHALT.

I. Originalien.

I.
Zur Therapie des Hydrops articulorum intermittens.

Von Dr. R. H. PIERSON,
Director der Privatirrenanstalt in Pirna.

Herr Dr. Ferd. Kapper, Oberarzt in Stanislau in Galizien theilt in der Allgem. Wiener med. Zeitung (1885, Nro. 31) einen Fall von Hydrops articulor. intermittens mit, den ich zunächst hier

kurz referire, und an den ich dann einige Bemerkungen und die Mittheilung eines weiteren Falles anzuschliessen mir erlaube.

Der 60 jährige Patient Kapper's, ein schwächlich gebauter Kaufmann, war im 47. Lebensjahre zum ersten Male erkrankt; es trat damals (1872) alle 8 Tage im r. Kniegelenk eine Schwellung mit Spannung und Steifigkeit ein; die Dauer des einzelnen Anfalles ist nicht angegeben; eine Serie solcher Anfälle von wechselnder Heftigkeit setzte das Krankheitsbild zusammen; nachdem diese Attacken in einer Gesammtdauer von mindestens 6 Monaten mehrere Jahre fortbestanden hatten, verloren sie sich vollständig, um im J. 1877 mit demselben Typus, aber in gesteigerter Intensität wieder aufzutreten. Nunmehr wurde auch das linke Ellbogengelenk mitbefallen. Es trat alsdann wieder eine Pause von 3 Jahren ein, worauf eine weitere Reihe von Anfällen beobachtet wurde.

Die *Therapie* hatte in der Anwendung von Jodpinselungen, Chinin, Arsen, Salicylsäure und Compressivverbänden bestanden und war gänzlich erfolglos.

Im J. 1884 kam Pat. in Kapper's Behandlung. Dieser constatirte eine regelmässig in *Pausen von 8 Tagen* auftretende Anschwellung beider Kniegelenke. Jeder Anfall dauerte 4 Tage; Pat. war dann 2 Tage vollkommen frei und es erfolgte dann ein neuer Anfall. Pat. war stets fieberfrei. Späterhin war auch ein neuntägiger Typus vorhanden, wobei der Anfall 5 Tage, das freie Intervall 4 Tage dauerte; hierbei war gewöhnlich auch eine geringe Schwellung des l. Ellbogengelenks bemerkbar.

Durch Seeligmüller's und *meine* Beobachtungen angeregt, begann Kapper nun eine methodische *electrische Behandlung* in der Weise, dass er die Kathode eines schwachen galvanischen Stromes stabil auf die *Nervenstämme* und *längs der Wirbelsäule* mit öfteren Stromunterbrechungen 3—5 Min. lang einwirken liess. Ausserdem aber nahm er eine leichte labile Behandlung der betr. Extremitäten. schwache örtliche Faradisation mit feuchten Electroden, sowie faradische Pinselung an der Wirbelsäule vor. Weiterhin wurde auch *Querdurchströmung der Gelenke* mit stärkeren galvanischen Strömen und gelegentlich isolirte Anodenbehandlung der afficirten Gelenke und Faradisation derselben versucht.

Der *Erfolg* dieser Behandlung war nun der, dass schon nach 10 Tagen eine anfallsfreie Pause von ebenfalls zehntägiger Dauer eintrat; weiterhin trat die Krankheit überhaupt nicht mehr in 8 tägigem Typus auf, das l. Ellbogengelenk blieb dauernd frei, die Intensität der Anfälle wurde wesentlich abgeschwächt; *die Gesammtdauer der Anfallsreihe wurde auf drei Monate reduzirt und von da an (August 1884) hörten die Anfälle vollkommen auf.*

Kapper gibt sich keineswegs der Hoffnung hin, seinen Patienten vollkommen geheilt zu haben, zumal ich ihm mitgetheilt, dass auch bei dem von mir früher veröffentlichten Falle (Deutsche Med. Wochenschrift 1881, Nro. 13) die Anfälle nach längerer Pause wiedergekehrt

sind. Immerhin ist aber eine günstige Einwirkung auf dieses räthselhafte Leiden in dem Falle von Kapper nicht zu verkennen.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit erwähnen, dass ich in den letzten Jahren einen *weiteren Fall von intermittirender Gelenkschwellung* beobachtet habe. Es war dies eine junge, ziemlich anämische Näherin, die anfänglich etwa 6 Monate lang auch in regelmässigen, 8 tägigen Attacken an schmerzhafter Schwellung zuerst nur eines Kniegelenks litt, später aber in mehr unregelmässiger Weise auch an verschiedenen anderen Gelenken, namentlich Schulter- und Handgelenken, von demselben Leiden befallen wurde. Diese Kranke war durch eine von verschiedenen Aerzten viele Monate hindurch fortgesetzte Salicylbehandlung ganz von Kräften gekommen, sie war schon seit Monaten bettlägerig, konnte fast gar nichts geniessen, litt an Schlaflosigkeit und war überhaupt in einem ganz traurigen Zustande. Ich liess sofort alle innerlichen Medikamente aussetzen und wendete zunächst nur die örtliche Faradisation des damals gerade afficirten einen Kniegelenks an. Die Schwellung verschwand schon nach wenigen Tagen; ich liess nun die Kranke aufstehen, wendete einige Stomachica an und brachte die Pat. nach einigen Wochen dahin, dass sie wieder ausgehen konnte. Nicht lange darauf wurde sie wieder erwerbsfähig. Die Anfälle kehrten jedoch in unregelmässigen Pausen wieder, aber die Intervalle wurden immer länger, die Localaffection geringer, sodass die Pat. sich nach einiger Zeit für geheilt hielt. Da dieselbe sehr weit von mir wohnte, borgte ich ihr einen Inductionsapparat, mit dem sie sich nach meiner Vorschrift selbst behandelte. Meine Beobachtung erstreckte sich über ca. $2^1/_2$ Jahre; seit einem Jahre habe ich die Kranke aus den Augen verloren; dass dieselbe geheilt ist, glaube ich nicht, indessen war ein erheblicher Erfolg der electrischen Behandlung auch in diesem Falle nicht zu verkennen.

Es wäre aber gewiss an der Zeit, dass endlich auch in weiteren ärztlichen Kreisen eine genauere Kenntniss des Hydrops articulorum intermittens dazu führte, dass die Diagnose rechtzeitig gemacht würde und die Kranken von der geradezu ruinösen Fütterung mit Salicylpräparaten verschont blieben. Ausser der electrischen Behandlung scheint mir in der Therapie dieser Krankheit nur noch das Arsen einiges Vertrauen zu verdienen.

II.

Ein Fall von idiopathischem Zungenkrampf.

Vom Herausgeber.

„Idiopathische, auf die Zunge beschränkte Krämpfe sind äusserst selten.“ So äussert sich Seeligmüller in seinem, diesen Gegenstand behandelnden Artikel in Eulenburg's Real-Encyclopaedie und schliesst sich mit diesem Urtheil früheren Aeusserungen von Erb und Berger an.

Die spärliche Literatur ist in folgendem Auszuge kurz wiedergegeben. Erb sah den idiop. Zungenkrampf bei einem an eigenthümlichen Hallucinationen leidenden jungen Mädchen in Form eines beim

jedesmaligen Herausstrecken der Zunge eintretenden ungemein raschen Vor- und Rückwärtsziehens der ganzen Zunge. Seeligmüller sah bei einer alten Frau die Zunge anfallsweise schnell hintereinander vor- und rückwärts gezogen werden. Romberg beobachtete einen Fall von Tic douloureux mit Zuckungen der Zunge, die eintraten, sobald die Schmerzen in sie einstrahlten. In einem Falle von Mitschell bestand die tonische Form des Krampfes, die nach Entfernung einiger cariöser Zähne und nach Heilung von Ulcerationen des Zahnfleisches verschwand. Oscar Berger hat zwei Fälle beschrieben (vergl. d. Centr.-Bl. 1882. pag. 454). Der eine betraf die 28jährige anämische Tochter eines Arztes, die nicht neuropathisch belastet, nicht hysterisch war. Die Krämpfe stellten sich plötzlich ein und dauerten 1—1½ Minuten: die Zunge wurde unwillkürlich und unbezwinglich mit grosser Gewalt und in rhythmischen Zückungen (ca. 50—60 mal in der Minute) nach vorn gestossen. Bei dem anderen Patienten, einem 42jährigen nicht neuropathisch belasteten Kaufmann wird die Zunge plötzlich wider seinen Willen mit grosser Gewalt aus dem Munde herausgeschnellt, gewöhnlich mehrere Male hintereinander, zuweilen auch Nachts. Dochmann bespricht einen Fall, der ein 7jähriges Mädchen betraf (vergl. d. Centr.-Bl. 1883. pag. 83). Dasselbe war völlig gesund und der Krampf trat ohne nachweisbare Ursache plötzlich auf. Keine neuropathische Belastung. Das krampfhafte Ausstrecken der Zunge geht in ziemlich regelmässigen Intervallen von 4—10 Minuten vor sich, ist Nachts seltener. Ausgelöst kann der Anfall werden durch freiwilliges Vorstrecken, und wie es scheint durch Kauen, weshalb das Kind Furcht vor dem Essen hat. Bei Erregung des Kindes kommt der Krampf häufiger. Die Zunge fühlt sich bei dem Anfall hart an, zeigt keine fibrillären Zuckungen. Gegen Ende des Anfalles biegt sich die Spitze nach oben, als ob die Oberlippe abgeleckt werden sollte. Der einzelne Anfall dauert meist 4—5 Secunden, und zwar um so länger, je grösser die krampffreien Intervalle dauern. Will die Kranke während des Krampfes den Mund schliessen, so stösst die Zunge gegen die Zähne und verursacht Schmerz. Die Sprache ist erschwert, manche Laute werden pfeifend ausgestossen, das Schlucken gelingt schlecht und die Pat. fürchtet während des Krampfes zu essen, weil sie mehrmals dabei fast erstickt wäre.

Ueber den *Verlauf* und den *Ausgang* der Fälle berichtet nur Berger und zwar bei seiner Patientin, bei welcher (durch Eisen) Heilung herbeigeführt wurde.

Ueber die *Ursache* dieses Hypoglossuskrampfes ist nichts bekannt. Berger nimmt einen corticalen oder bulbären Reizzustand des Hypoglossus an, Dochmann schliesst sich dieser Ansicht an.

Als auslösendes Moment könnte bei dem ersten Berger'schen Fall ex juvantibus die Anämie, bei dem Kranken Mitschell's aus gleichem Grunde die Reizung des Trigeminus durch die cariösen Zähne angesehen werden.

Unter Berücksichtigung dieser durchaus unaufgeklärten Verhältnisse ist zunächst die Beibringung weiteren casuistischen Materials

nothwendig, und dürfte daher die kurze Mittheilung eines geheilten Falles von Zungenkrampf nicht als unbescheiden angesehen werden.

Am 30. October 1883 consultirte mich ein 31 jähriger Kaufmann wegen Zuckungen in der Zunge.

Seine Mutter leidet an Diabetes mellitus. Nervenkrankheiten sind in seiner Familie nicht erblich. Er selbst hat besondere Krankheiten nicht durchgemacht, hat keine Syphilis gehabt, ist Soldat gewesen; er bewohnt keine feuchte Wohnung, hat auch nie an Rheumatismus gelitten. Vor circa $4^1/_2$ Jahren hat er eine Zeit lang stark in baccho excedirt.

Seit dem Sommer 1882 hat sich ein anfallsweise auftretendes Zucken in der Zunge eingestellt. Dasselbe wiederholt sich in Zwischenräumen von 10 bis 14 Tagen; zuweilen bleibt es noch länger aus. Ein einzelner Anfall dauert mehrere Stunden, mit freien Intervallen, derart, dass das Zucken hintereinander 10 bis 20 bis 30 mal in ungefähr ebensovielen Secunden auftritt, und dass dann eine minutenlange Pause sich einschiebt bis das Zucken wieder beginnt.

Die Zunge wird zuerst etwas rückwärts gezogen, dann nach vorn geworfen; die letztere Bewegung soll sich mit grösserer Kraft vollziehen. Die Intensität dieser Zuckungen ist verschieden. Bei sehr starkem Zucken betheiligt sich die rechte Gesichtshälfte an demselben. Mit Schmerzen sind die Zuckungen nicht verbunden. In den anfallsfreien Zeiten will der Patient oft eine spontane, ruhige, fast wellenförmige Bewegung in der Zunge fühlen.

Die Untersuchung des Patienten ergab ausser Zeichen *hochgradiger Anämie* nichts Bemerkenswerthes. Namentlich konnte ich an der Zunge, bez. ihrer Sensibilität und Motilität nichts Abnormes constatiren; fibrilläre Zuckungen bestanden nicht. Auch war an ihrer Form nichts Auffallendes, namentlich keine Atrophie, vorhanden.

Während des Zuckens — ich zählte bis zu 17 Stössen hintereinander — schien mir die Zunge härter wie normal. Ein bestimmter auslösender Moment konnte der Patient nicht angeben.

Er bemerkte noch, dass vor dem Eintritt des Zungenkrampfes eine Zeit lang Zuckungen in den Beinen, namentlich Abends vor dem Einschlafen dagewesen sein sollen. Ich stellte die Diagnose auf clonischen Hypoglossuskrampf, verursacht durch Anämie und verordnete Blaud'sche Pillen, geeignete Diät und ausserdem täglich 6 gramm Bromsalze.

Am 9. Januar 1884 stellte sich Patient wieder vor. Er sah viel besser aus, hatte an Körpergewicht zugenommen und berichtete, dass seit Ende November 1885 die Krämpfe ausgeblieben seien. Ich liess ihn Eisen weiter gebrauchen und reducirte die Bromsalze auf 3,0 per Tag. Am 22. Mai 1884 setzte ich alle Medication aus. Patient sah wohl und frisch aus, fühlte sich kräftiger, das Körpergewicht hatte noch weiter zugenommen (im Ganzen $6^1/_4$ Kilo). Die Krämpfe waren ausgeblieben. Dieselben sind, wie ich kürzlich erfahren, bis jetzt nicht wiedergekehrt.

Eine bestimmte Ursache ist auch in diesem Falle nicht nachweisbar. Es kann aber doch mit grosser Wahrscheinlichkeit die Anämie als der Boden angenommen werden, auf welchem sich die abnorme Erregbarkeit des Hypoglossus in seinen centralsten Theilen entwickelt hat, da mit ihrer Beseitigung auch die Krämpfe zum Verschwinden kamen. Der Fall schliesst sich somit dem von O. Berger mitgetheilten an. Bestimmt ist, dass der Krampf nicht durch Bewegungen der Zunge, also nicht beim Sprechen oder Kauen oder durch absichtliches Vorstrecken derselben ausgelöst wurde, dass er mithin als ein functioneller Reflexkrampf nicht aufgefasst werden kann.

II. Original-Vereinsberichte.

I. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung am 3. Februar 1886.

109) **A. Baginsky**: *Ueber Tetanie der Säuglinge.*

Das Vorkommen von Tetanie bei Säuglingen ist, obwohl wenig studirt, doch kein seltenes. Von cerebralen Erkrankungen und Reflexneurosen mit ähnlichen Erscheinungen muss dabei natürlich abgesehen werden. B. hat nun in den letzten 2 Jahren 15 Fälle bei Säuglingen beobachtet, die er der Tetanie oder allgemeiner den idiopathischen Contracturen einreihen möchte und schildert zunächst kurz die Erscheinungen eines derselben, die in den übrigen nur geringe unwesentliche Verschiedenheiten zeigten. Die Augenmuskeln und das Facialisgebiet waren nicht betheiligt bei den Anfällen, dagegen waren die Musc. pectorales kontrahirt und hart anzufühlen. Die Oberarme waren nicht gespannt, wohl aber die Vorderarme und bei Berührung der letzteren trat die bekannte Tetaniestellung der Hand ein. Die Bauchmuskeln waren nicht gespannt. Am rechten Oberschenkel trat bei leichter Berührung Contraction der Adduktoren und Flexoren ein, besonders bei Druck auf die Arteria cruralis. Links waren die Extensoren mehr betheiligt. Die Contractionen waren schmerzhaft. Ganz schwache faradische Ströme lösten eine Muskelcontraction aus und ein leichter Druck auf einen Muskel rief nicht nur in diesem, sondern auch noch in der Umgebung Contraction hervor. Druck auf die Arteria brachialis verhielt sich wie der auf die Arteria cruralis. Bei Druck auf die Haut zeigten sich vasomotorische Störungen, (Flecken, die bald verschwanden).

Im Allgemeinen lässt sich über die beobachteten Fällen sagen, dass die Ernährung in allen eine mangelhafte war und dass das normale Körpergewicht nicht erreicht war. Die mechanische und faradische Erregbarkeit der Muskeln war beteutend erhöht. Druck auf den Facialis blieb ohne Wirkung. Im Anfalle waren immer grosse Gruppen von Muskeln ergriffen: Bauch, Brust, Nacken, Extremitäten, letztere vorzugsweise in den Flexoren, aber auch nicht selten in den Extensoren. Das Trousseau'sche Phänomen und die eigenthümliche

Stellung der Hände waren vorhanden, manchmal waren auch Spreitsbewegungen und eine Spreitsstellung derselben zu beobachten. Das Kniephänomen war, soweit festzustellen, nicht verändert. Die so oft beschriebene Schwellungen der Gelenke waren niemals zu constatiren. Schliesslich war das Sensorium frei.

Aetiologisch ist zu bemerken, dass fast alle Fälle in den Sommer fielen und zwar im Zusammenhang mit den in dieser Zeit auftretenden Verdauungs- und Ernährungsstörungen, dyspeptischen Zuständen, Cholera infantum standen. Die Anfälle traten bei letzterer nicht auf der Höhe der Krankheit etwa in Folge des Wasserverlustes ein, sondern erst später. Ferner betrug das Alter der Säuglinge 3—4 Monate, so dass ein Einfluss der Dentition ausgeschlossen werden kann. Ein eigenthümlich epidemisches Auftreten wurde nicht beobachtet.

B. nimmt für die vorliegenden Fällen eine Affection der peripherischen Nerven an. Gegen den centralen Sitz spreche die Asymmetrie der ergriffenen Muskeln, das Intactbleiben der Reflexe und das Vorhandensein einer erhöhten Muskelerregbarkeit. Er glaubt, dass bei gewissen Verdauungsstörungen sich toxische Substanze bilden und resorbirt würden, die weiterhin auf Nerv und Muskel wirken.

In diagnostischer Beziehung warnt B. vor Verwechselung mit Reflexneurosen, rheumatischem Tetanus mit Albuminurie (Kussmaul), Erkrankungen des Centralnervensystems aus Resten von Meningitis cerebrospinalis. Unter den 15 Fällen endeten 7 tödlich, allerdings nach einer Reihe von Monaten in Folge der Ernährungsstörungen, nachdem die nervösen Erscheinungen schon lange verschwunden waren. Therapeutisch wandte B. bei den Anfällen Chloral im Clysma, warme Bäder und Einpackungen an. Die Muskeln wurden schlaffer und die Schmerzen nahmen ab.

In der Diskussion berichtet Herr Henoch, dass er derartige Fälle nicht gesehen, öfter aber bei älteren Kindern ähnliches. Jedoch fand er dabei nicht das Trousseau'sche Phänomen, auch waren die Muskeln nicht erregbarer auf mechanische Reize. Oedematöse Schwellungen um die Gelenke und andere Stellen und Purpuraflecken waren dabei öfter zu constatiren. Diese Fälle von idiopathischer Contractur stehen nach seiner Meinung der Eklampsie näher, es wechseln oft eklamptische Anfälle mit solchen erstgenannter Art ab. Im übrigen ist meist Rachitis vorhanden und die Ernährung gewöhnlich keine schlechte, ein übler Ausgang nicht das Gewöhnliche. Von diesen Fällen möchte H. die Fälle des Vortr. getrennt wissen. Dieselben scheinen ihm eher zu den Fällen von Convulsionen bei schweren Ernährungsstörungen der Säuglinge, wie sie Parrot beschreibt, zu gehören und es dürften ihnen mikroskopische Veränderungen am Gehirne zu Grunde liegen.

Herr Mendel macht auf die Verschiedenheit der mitgetheilten Krankheitsfälle des Vortrag. und der Tetanie, wie sie Corvisart zuerst beschreibt, aufmerksam. Letztere tritt bei sonst gesunden Leuten auf und besteht in tonischen Muskelcontractionen, wie der Wadenkrampf. Es werden solche Contractionen durch Druck auf die

Hauptnerven und Arterien ausgelöst, dagegen nicht durch einfachen Druck auf die Haut oder den Muskel. Die Prognose ist dabei günstig, wenn auch die Heilung oft erst nach langer Zeit eintritt. Der Sitz des Leidens ist ein peripherischer. Demgegenüber hält M. die Fälle des Vortrag. für central bedingt, da ein Theil dieser Kinder später eine mangelhafte Entwicklung der Centren (Idiotie) zeige und die Anamnese manches Idioten auf eine ähnliche Erkrankung hindeute. Im übrigen hält M. die Tetanie der Säuglinge für ein seltenes Vorkommniss.

Herr Baginsky bemerkt, dass er nur wenig Sectionen gemacht habe, weil die Kinder erst viel später an anderen Erscheinungen starben. Die deletäre Krankheit sei in seinen Fällen nicht die Tetanie, sondern die zu Grunde liegende Ernährungsstörung. In einem Falle fand er von Veränderungen des Centralorganes aus ein leichtes Oedem der Pia mater, sonst gar nichts besonderes. Auch im übrigen dürften seine Fälle nicht den Eindruck einer centralen Erkrankung machen, da Paresen etc. ganz fehlten und alles sich wieder ausgleiche. Eine Trennung derselben von der Eklampsie sei nothwendig, da die Erregbarkeit der Muskeln bei derselben nicht erhöht und das Sensorium benommen sei. Wegen dem Unterschiede von der Tetanie älterer Individuen habe er sich schon zu Anfang in Bezug auf die Bezeichnung seiner Fälle vorsichtig ausgedrückt. Otto (Dalldorf).

II. Verein deutscher Aerzte in Prag.

Sitzung am 29. Januar 1886.

110) **Anton**: *Ueber Balkenmangel im Grosshirn.*

Dieser Defect fand sich bei einem 7 monatlichen Foetus, der noch 6 Stunden nach der Geburt gelebt hatte. Beide Hemisphären waren völlig symmetrisch. Es fehlte sowohl der ganze Balken, als auch die übrigen Commissurensysteme (C. anterior, C. fornicis). Die typischen Hauptfurchen waren nur rudimentär vorhanden. An der medialen Seite verliefen die Parietooccipitalis und die Calcarina vollkommen getrennt und als Fortsetzung der ersteren erschien die Furche, welche den Isthmus gyri fornicati nach rückwärts begrenzt. Der Occipitallappen schien normal. Die transversale Gehirnspalte zeigte noch ihre embryonale, nahezu ringförmige Gestalt. An der Stelle, wo sich sonst der Balken befindet, war ein zartes rundes Längsfaserbündel, welches nach vorn deutlich mit der innern Geruchswindung zusammenhängend nach rückwärts in der fascia dentata verschwand und so die beiden genannten Rindenbezirke mit einander verband. In diesem Längsfaserbündel sieht Vortr. den N. Lancisii, was die mikroscop. Untersuchung bestätigte. Die Untersuchung des R.-M. ergab, dass die linke Pyramidenvorderstrangbahn an Volumen bedeutend zurückgeblieben war im Vergleich zur rechten. Eine Compensation in den gekreuzten Pyramidenseitenstrangbahnen hatte nicht stattgefunden. Eine genaue Messung ergab, dass die linke Grosshirnhemisphäre um ein Fünftel weniger Pyramidenfasern zum R.M. sandte als die rechte. Als Ursache dieser Hemmungsbildung sieht Vortr. den bedeutenden Hydrocephalus internus an. Da die Com-

missurenverbindung der Hemisphären, die normaliter in die Mitte des 4. Foetalmonats fällt noch nicht begonnen hatte, und da das vorhandene rudimentäre Septum pellucidum nicht vor dem Ende des 3. Embryonalmonats sich gebildet haben konnte, so verlegt Vortr. den Beginn der Hemmungsbildung in die Zeit vom Ende des 3. bis Ende des 4. Foetalmonats. O.

III. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung am 6. Februar 1886.

111) **Arthur Schwarz**: *Ueber den Einfluss des Gehirns auf die Reflexthätigkeit des Rückenmarks.*

Aus Widersprüchen, die Vortr. bei Untersuchungen über das Verhalten der Haut- und Sehnenreflexe bei Gehirnkrankheiten fand, sah er sich zu klinischen Untersuchungen veranlasst über den reflexhemmenden Einfluss des Gehirns. Zunächst giebt Vortr. historische Daten, dann geht er über auf das Verhalten der Rückenmarksreflexe nach Durchtrennung des Markes, nach Traumen desselben und bei acuter Myelitis. Er gelangt zu dem Schlusse, dass jene Reflexerhöhung, die in *späteren* Stadien nach erfolgter Durchtrennung oder nach Leitungsunterbrechung des R.-M. eintritt, absolut nicht auf den Wegfall des hemmenden Einflusses des Gehirns bezogen werden darf, sondern, *dass diese Reflexsteigerung ausschliesslich eine Folge des anatomischen Momentes der absteigenden secundären Degeneration sei*, deren wesentlichste Funktion eben die Reflexsteigerung ist. Diese Reflexsteigerung findet ihre Erklärung in jener Reizung der multipolaren Zellen der Vorderhörner, zu der die Sclerose der Pyramidenbahnen führt (Charcot).

Vortr. bespricht dann den Einfluss der Pyramidenbahnen auf Haut- und Sehnenreflexe und knüpft hierbei an früher bereits von ihm publicirte Beobachtungen an. Diese Beobachtungen beziehen sich auf Fälle von corticaler Epilepsie, Athetose und von frischer hämorrhagischer Hemiplegie*). Er kommt zu dem Satze, dass *Reizung der motorischen Centren und der Pyramidenbahnen* **nur** *Steigerung der Sehnenreflexe,* **oft auch** *Steigerung der Hautreflexe im Gefolge habe, dass aber das Verhalten der Hautreflexe nicht allein von dem Zustande der Pyramidenbahnen abhängig sei. Lähmung der motorischen Centren in den Pyramidenbahnen bedinge Depression oder Ausfall der Reflexe.*

Weiterhin zieht Vortr. das Coma der künstlichen Narcose und den Schlaf in den Kreis seiner Besprechung und behauptet beide sprächen gegen die reflexhemmende Eigenschaft des Gehirns. Er resumirt, dass die normale Reflexthätigkeit des R.-M. an ein mittleres Maass der Innervation gebunden sei, welches den Reflexcentren des R.-M. fortwährend auf den Bahnen der Pyramiden zugeführt werde. Im abgetrennten Rückenmarksabschnitt ersetze die irritative secundäre Degeneration diese beständig vom Gehirn ausgehenden Impulse, und verursache die Reflexsteigerung. Schliesslich wird noch der Vorgang der *antagonistischen Reflexhemmung* besprochen, in der Vortr. auch eine Stütze seiner Anschauung zu finden glaubt. Dr. P.

---

*) Vergl. dieses Centralblatt 1883. pag. 204.

III. Referate und Kritiken.

112) **M. Landowsky**: Neue Thatsachen betreffend die Histologie, Entwicklungsgeschichte und Physiologie der peripherischen Nerven und der Nervenendapparate. (Wojenno. med. Journal. Januar 1886. russisch.)

Verf. kommt mit Bezug auf die Morphologie und Physiologie der marklosen Remak'schen Fasern zu folgenden Schlüssen:

Diese Fasern sind die am meisten typischen aus der Kategorie der marklosen; sie befinden sich in allen gemischten Nerven, vorzüglich im Sympathicus und Vagus.

Die Remak'schen Fasern sind nicht nur ohne Mark sondern aller Wahrscheinlichkeit nach auch ohne Scheide. Sie unterscheiden sich von den markhaltigen noch durch die Eigenschaft in ihrem Verlaufe zahllose Geflechte und Netze zu bilden, ein Umstand auf den die Physiologen besonders ihre Aufmerksamkeit richten müssten, da bei Leitung der physiologischen Erregung „die Isolirtheit der Lage der Nervenfasern“ durchaus nicht mehr die Regel für die Nerven überhaupt bilde; — die Anastomosen und Netze der Remak'schen Fasern bilden eine wichtige Ausnahme von dieser Regel.

Die Beziehungen zwischen den Remak'schen und den markhaltigen Fasern sind derart, dass beide im Stamme auf langen Strecken unabhängig von einander verlaufen. Es giebt aber gewisse Punkte, wo beide Arten Fasern sich vereinigen. An diesen Verbindungspunkten oder dem Uebergange der Remak'schen Fasern in markhaltige, geht eine Erneuerung der letzteren auf Kosten der ersteren vor sich. In Fällen von Degeneration der Nerven ist die letztere Erscheinung besonders deutlich, wesshalb die Ignorirung des Systems der marklosen Fasern in der Frage der Entwicklung und Erneuerung der markhaltigen kaum rationell ist.

Abgesehen vom oben Gesagten sei es bei Untersuchung der Nerven immer nothwendig die Aufmerksamkeit auf die erwähnten typischen marklosen Fasern zu richten und sie nicht mit einfachen entblösten Achsenbündeln der markhaltigen Fasern zu verwechseln. Das Vorhandensein von Kernen im Verlauf der ersteren, bisweilen auch von Nervenzellen, ausserdem die oben erwähnten Anastomosen und Netze bilden genügend charakteristische Zeichen um die Remak'schen Fasern von der Masse der markhaltigen Nerven unterscheiden zu können. Die Wahl einer zuverlässigen Untersuchungsmethode ist im gegebenen Falle von der grössten Wichtigkeit.

Buch (Willmanstrand, Finnland).

---

113) **Josef Fischl** (Prag): Erfahrungen über einige neuere Untersuchungsmethoden des Gehirns. (Prager Medic. Wochschr. 1886. Nro. 2.)

Zum Zweck des — zur Zeit noch nicht abgeschlossenen Studiums der Veränderungen des Gehirns bei der progressiven Paralyse hat F. die neueren, für die Erforschung der Grosshirnrinde angegebenen histologischen Untersuchungsmethoden auf ihren Werth geprüft, und das Resultat in vorliegender Arbeit mitgetheilt.

Zur Darstellung der *Nervenfasern* hat F. ebenso wie Tuczek die Exner'sche Methode der Weigert'schen Säurefuchsinmethode überlegen gefunden, wie auch die Modificationen der letzteren, wie die von Mendel und von Flesch sich ihm nicht besonders bewährten. Ebenso wenig befriedigten ihn die von Freud und von Friedmann angegebenen Methoden. Der Sahli'schen Doppelfärbung rühmt F. nach, dass sie die Aussicht eröffnet, uns einen Einblick zu gestatten in die Mannigfaltigkeit des Baues der einzelnen Nervenfasern. Ganz besonders empfiehlt F. aber die von Weigert angegebene verbesserte Hämatoxylin-Blutlaugensalzmethode, doch meint er die Osmiummethode noch nicht zur Controle entbehren zu können.

Behufs Darstellung der *Ganglienzellen* hat F. wie manche Andere (v. Gudden, Nissl) die Härtung in Alcohol vortheilhafter gefunden als die in Müller'scher Lösung; er hebt speciell hervor, dass die mit Alcohol behandelten Hirnstücke viel mehr Ganglien nachweisen lassen. F. übt dann auch für das Gehirn das Flemming'sche Verfahren, nur dass er Modificationen der Härtungsflüssigkeit für gerathen hält. Dehn (Hamburg).

---

114) **W. A. Raspoporo**: Ueber den Einfluss von geistiger Arbeit auf den Stoffwechsel des Stickstoffs und der Phosphorsäure. (Wratsch 1885. Nro. 45. russisch.)

Verf. hat eine kleine Reihe von Versuchen gemacht, die ihm folgendes Ergebniss geliefert haben:

1. Die Mengen der Aneignung und Ausscheidung des Stickstoffs sind geringeren individuellen Schwankungen unterworfen als diejenigen der Phosphorsäure, wobei diese Schwankungen bei geistiger Arbeit grösser sind.

2. 4 von den 5 Versuchsobjecten schieden bei geistiger Arbeit, in Uebereinstimmung mit Mairet's Versuchen, weniger Stickstoff aus als in Ruhetagen (0,4%—7,7%) bei dreien galt dasselbe auch für die Phosphorsäure (0—6,1%.)

3. Von allen 5 Versuchungsobjecten schied nur einer bei geistiger Arbeit mehr Stickstoff und Phosphorsäure aus; und einer mehr Phosphorsäure aber weniger Stickstoff.

Buch (Willmanstrand, Finnland).

---

115) **J. L. Eckert** (Laufenburg): Zur Function der halbzirkelförmigen Canäle. (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte 1886. Nro. 1.)

E., der sich schon in einer i. J. 1884 erschienenen Abhandlung „über die Ménière'sche Krankheit" im Wesentlichen auf den Goltz'schen Standpunkt über die Function der halbzirkelförmigen Canäle gestellt und dieselben „als Organe der Bewegungsempfindung direct für den Kopf, indirect für den ganzen Körper" bezeichnet hatte, vertheidigt in vorliegendem Aufsatz diese seine Auffassung gegen die gegentheilige von B. Baginsky (S. d. Centralbl. 1885. p. 353). Zum Schlusse recurirt er auch auf histologisch-anatomische Unter-

suchungen, speciell auf die von Erlitzky (De la structure du tronc du nerf auditif, Paris 1882. S. auch Ref. d. Centralbl. 1883. p. 219), welcher zweierlei durchaus verschiedene Nervenelemente im Stamm des n. acusticus nachgewiesen hat.

„Weitere anatomische Forschungen über den peripheren, wie „namentlich aber den centralen Verlauf des Acusticus werden mit der „Zeit wohl zur endgültigen Erledigung der wichtigen Frage führen „und darüber zu entscheiden vermögen, welche der zur Zeit bestehen-„den Ansichten die richtige ist.“ Dehn (Hamburg).

---

116) **Richardière** (Paris): Cyste suppuré du lobe frontal gauche. (Eiterige Cyste des linken Frontallappens.) (Le Progrès méd. Nro. 3. 1886.)

Das 50jährige Dienstmädchen M. wurde am 15. April 1885 in einem so benommenem Zustande aufgenommen, dass über die Vergangenheit desselben nichts eruirt werden konnte. Anderweitige Nachforschungen ergaben, dass Patientin vor einem Monate wegen zunehmender Intelligenzschwäche und Ungeschicklichkeit aus ihrem Dienste entlassen werden musste. Vorher soll sie ein verständiges Verhalten gezeigt, niemals getrunken, auch nicht an Krämpfen gelitten haben. Nur schwankte sie ziemlich beim Gehen. Nach ihrer Entlassung soll sie ein jämmerliches Dasein geführt haben. Sie galt als geistesschwach und als sie sechs Tage ohne irgend welche Nahrungsaufnahme, mit ihren Excrementen besudelt, im Zimmer geblieben war, wurde sie ins Krankenhaus gebracht. Daselbst bot sie am 16. April folgenden Status praesens: Patientin befindet sich in einem Zustande von Somnolenz. Sie spricht nicht von selbst, antwortet langsam, aber sachgemäss auf ihr vorgelegte Fragen. Sie klagt nur über eine Müdigkeit und allgemeine Abspannung. Motilität und Sensibilität intact. Pupillen beiderseits gleich. Beim Versuche sich aus der horizontalen Lage zu erheben, empfindet sie die grösste Schwierigkeit. Das Gehen ist ihr nicht möglich. Patellarreflexe erhalten. Incontinentia urinae et alvi. Keine erhöhte Temperatur, Puls beschleunigt, aber regelmässig. Auffallende Abmagerung und leichte ödematöse Infiltration der untern Extremitäten. An der Herzspitze systolisches Geräusch. Arterien atheromatös. Im Urin weder Zucker noch Eiweiss. — An den folgenden Tagen änderte sich der Zustand wenig. Die Apathie nahm zu und Pat. verfiel in Coma. Gleichzeitig stieg die Temperatur; der Leib wurde eingezogen. Es existirte indess keine localisirte Lähmung. Am 21. April betrug die Rectaltemperatur 40,4; Puls 135. Kopf nach links gedreht. Vollständigste Anästhesie. Auf der rechten Seite schlaffe Lähmung der obern und untern Extremität. Beginnender Decubitus am Kreuzbein. Am folgenden Tage wird ausser der Lähmung der rechten Extremitäten eine halbseitige Lähmung des Gesichtes beobachtet, die jedoch nur den untern Facialis betrifft. Orbicularis und Auge rechterseits frei, aber Mund nach links verzogen. Abends Exitus letalis, ohne dass anderweitige Symptome vorangegangen. —

Bei der *Autopsie* wird ausser eitriger Meningitis (hauptsächlich an der Basis und nebenher über der Convexität der Hemisphären) eine eitrige Cyste von der Grösse eines Hühnereis im linken Frontallappen,

über den untern Windungen gelegen, gefunden. Sonst nichts Abnormes. Nur am Herzen eine leichte atheromatöse Alteration der Mitralklappe.

Vorstehende Beobachtung beweist von Neuem, wie schwer es sein kann, die Diagnose auf Gehirntumor zu stellen. Bei ihrer Aufnahme zeigte Pat. fast keines von den klassischen Symptomen dieser Affection.

Rabow (Berlin).

---

117) **Maurice Letulle** (Paris): Fièvre typhoide legère. — Délire calme mononomique. — Apparition soudaine d'accidents ataxiques terminées rapidement par la mort. — Cyste hydatique du cerveau développé au niveau du lobule pariétal inferieur gauche. (Leichter Typhus. — Ruhige Wahnvorstellung. — Plötzliches Auftreten von hastigen Anfällen mit lethalem Ausgange. — Hydatidencyste im Gehirn, im Niveau des linken untern Parietallappens. — (Le Progrès méd. Nro. 3. 1886.)

Am 20. März 1885 wurde ein 24 jähriger Mann ins Krankenhaus aufgenommen. Derselbe litt seit 8 Tagen an leichtem Typhus und klagte nur über Constipation und etwas Schmerz im Unterleibe. Es wurden 3 oder 4 Roseolaflecke beobachtet. Die Temperatur, welche bei der Aufnahme am Abende 39,6 betrug, war am folgenden Morgen auf 38,2 gefallen. Sie schwankte während der nächsten 5 Tage zwischen 38,2 und 40,6. — Patient war ruhig und gefügig, antwortete sehr gut auf alle Fragen und zeigte nicht die geringste psychische Alteration, bis er an einem Morgen mit dem Tone aufrichtigster Ueberzeugung erklärte, dass er wohl begreife, weshalb er ins Gefängniss geschickt werde, er habe es ja verdient. Aufgefordert sich hierüber eingehender auszusprechen, giebt er an, dass er beim Beginne seiner Erkrankung ein Schwitzbad genommen habe und nun ins Gefängniss müsse. Während der folgenden 5 oder 6 Tage hielt er an seiner Idee vom Gefängniss und Schwitzbade fest, zeigte dabei ein ruhiges Verhalten und beschäftigte sich in der verständigsten Weise. — Am 24. März war er zum ersten Male in der Nacht unruhig, ging plötzlich aus dem Bette an das Fenster, um es zu öffnen. Am folgenden Tage ist er bei der ärztlichen Visite ruhig, behauptet aber, dass er ins Gefängniss müsse. Am 27. März steigt die Temperatur, nach einer leichten Entfieberung von 36 Stunden, wieder auf 40,6 Abends, die Zunge ist dabei trockner, der Leib ballonnirt. Am 29. März: Urinretention, Meteorismus nimmt zu, starke Diarrhoe, die Lippen cyanotisch, erhebliche Congestion nach den Lungen, starker Kräfteverfall. Am folgenden Tage wird ein lauwarmes Bad gegeben, das gut vertragen wird. Urin frei von Eiweiss. Am 31. März Morgens zeigt Pat. ruhiges Verhalten; er war klarer als am Tage vorher und antwortete auf alle Fragen. Im Laufe des Tages wird er plötzlich aufgeregt, will sich erheben, bringt unzusammenhängende Worte hervor und stirbt etwa 2 Stunden nach Beginn dieses Anfalls. Die Temperatur war während desselben auf 41,0% gestiegen, Puls 128 und Respiration 32.

Autopsie: Im Dünndarm zahlreiche tumeficirte und ulcerirte Peyer'sche Plaques. Keine Perforation. Die Mesenterialdrüssen sehr vergrössert. Keine Peritonitis. Leber frei von Hydatiden oder von

Narben, die von Hydatiden herrühren könnten. Milz stark vergrössert und weich. Lungen, Nieren und Herz ohne besonders nennenswerthe Alterationen. — Das Gehirn ist lebhaft colorirt in Folge intensiver Congestion der Hirnhäute. Keine Meningitis. Kleinhirn, Pons, Medulla oblongata und rechte Hemisphäre intact; die graue Substanz zeigt eine orangegelbe Farbe und die Capillargefässe sind auf den Schnitten angefüllt mit Blut.

Bei Fortsetzung der Autopsie überrascht nun die Existenz einer Hydatide der linken untern Parietalregion. Die Cyste ist von der Grösse einer Haselnuss und liegt eingebettet in der weissen unterhalb der unteren Parietalwindung befindlichen Substanz. Der an der Oberfläche der Windung nicht sichtbare Tumor ist unmittelbar hinter der aufsteigenden Parietalwindung placirt. Die graue Substanz der ergriffenen Gegend ist erheblich atrophirt. Die Cyste nimmt eine Partie ein, deren Zerstörung nach einigen Autoren Wortblindheit erzeugen müsste. In dieser Beziehung fällt die oben mitgetheilte Krankengeschichte negativ aus. Bei seiner Aufnahme hatte Patient nicht angegeben, dass irgend welche cerebrale Störung vorangegangen.

Rabow (Berlin).

---

118) **Gowers** (London): Lectures on the diagnosis of diseases of the brain. (Vorlesungen über die Diagnostik der Gehirnkrankheiten). (London 1885. A. Churchill. gr. 8⁰. 237 Seiten.)

Der durch sein auch in deutscher Uebersetzung erschienenes Buch „Diagnostik der Rückenmarkskrankheiten“ bekannte Autor hat „auf vielfachen Wunsch“ eine „Diagnostik der Krankheiten des Hirnes“ folgen lassen. G. hat hier die Form der Vorlesungen gewählt. Er beabsichtigt, um seine eigenen Worte anzuführen, dem jungen Mediciner mehr die Methoden der Diagnostik und hauptsächlichsten differential-diagnostischen Momente klar darzulegen, als eine erschöpfende Beschreibung der Gehirnkrankheiten zu geben. Er beginnt mit einem kurzen anatomischen Abriss des Gehirnes, soweit ein solcher für den angehenden Diagnostiker unumgänglich nothwendig ist und geht dann, ohne eine bestimmte Eintheilung zu machen, zu den Affectionen der einzelnen Hirnnerven wie des Gehirnes selbst über. Die Diction zeichnet sich durchweg durch grosse Klarheit und Knappheit des Ausdruckes aus. Nichts Wesentliches wird fortgelassen, wie andrerseits ein Eingehen auf unnöthige Finessen sorgfältig vermieden wird. Obgleich das uns vorliegende Buch für Studirende geschrieben ist, dürfte es wohl auch in ärztlichen, namentlich nicht specialistischen Kreisen Anklang finden, und wird hoffentlich bald durch eine Uebersetzung auch dem grösseren ärztlichen Publikum bei uns zugänglich werden.

Koenig (Dalldorf).

---

119) **Marée** und **Guinon**: Beitrag zur Lehre von einigen klinischen Formen der primären, progressiven Myopathie. (Rév. de méd. 1885. Nro. 10.)

Verff. betonen die zwischen der Paralysis pseudohypertrophica, der Erb'schen juvenilen Form der progressiven Muskelatrophie und

der Duchenne'schen Atrophia infantilis hereditaria bestehenden Analogie und suchen nachzuweisen, dass diese Formen keine selbstständige Krankheiten, sondern nur verschiedene Aeusserung *eines* Leidens seien; für ihre Ansicht führen sie folgende vergleichende Tabelle der Erb'schen und Duchenne'schen Formen vor:

	Duchenne.	Erb.
1) *Muskelatrophie*:	*An den Armen:* Mm. biceps, brachialis internus, brachio radialis, radialis int., triceps. *An den Beinen:* Successive: Muskeln des Gesässes, des Oberschenkels am Unterschenkel die Muskeln an der Vorderaussenseite. *Rumpf:* Pectoral. major et minor, Trapezius, Rhomboideus, Serratus anticus major, zuweilen Sacrolumbaris u. Bauchmuskeln. *Längere Zeit erhalten:* Supra et infraspinatus, Subscapularis, Flexores et extensores digitorum, die kleinen Handmuskeln, die tiefen Hals- u. Nackenmuskeln. Deltoideus selten.	*An den Armen:* Biceps, Brachial. intern., Brachio radialis, etwas stärker Triceps, die Unterarmmuskeln viel später, zuerst in den Extensoren. *An den Beinen:* Glutaei, Triceps femoris, dann Adductores, Muskeln an der Vorderaussenseite des Unterschenkels. *Rumpf:* Pectoral. major et minor, Trapezius, Rhomboideus, Serratus anticus major, Longissimus dorsi sacrolumbaris, zuweilen Bauchmuskeln. *Längere Zeit erhalten:* Supra- et infraspinatus, Levator anguli scapulae, Deltoideus, Coracobrachialis, Flexores et extensores digitorum, kleine Handmuskeln, Kopfnicker.
	Atrophie der Gesichtsmuskeln.	Keine Atrophie der Gesichtsmuskeln.
2) Pseudohypertrophie:	Keine.	Oft vorhanden, mehr oder weniger begrenzt.
3) Sehnenreflexe:	Sehnenreflexe erhalten, vermindern sich parallel der Anzahl gesunder Muskelfasern.	Dasselbe.
4) Muskelcontracturen:	Können an Armen und Beinen vorkommen.	Dasselbe.
5) Idiomusculäre Contractionen:	Fehlen in den ergriffenen Muskeln.	Dasselbe.
6) Fibrilläre Zuckungen:	Fehlen immer.	Dasselbe.
7) Galvano- und Faradocontractilität:	Quantitativ vermindert einfache Herabsetzung ohne Veränderung der Formel.	Dasselbe.

Entartungsreaction:	Keine.	Dasselbe.
8) Beginn:	Am häufigsten in der Kindheit, kann in der Jugend, dem Mannesalter oder selbst in vorgerückten Jahren auftreten.	Krankheit der Kindheit oder der Jugend, beginnt selten nach dem 20. Lebensjahre, wird während der Pubertät, in der Kindheit und selbst bei Säuglingen beobachtet.
Erblichkeit:	Sehr oft.	Ziemlich oft.

Die Analogie ist bis zur Identität gross. Fehlen auch bei der Pseudohypertrophie die Sehnenreflexe, so wird dieses durch das stärkere Ergriffensein des Triceps femoris erklärt. Das Fehlen der Gesichtsatrophie bei der Erb'schen, das Vorhandensein derselben bei der Duchenne'schen Form bildet einen bedeutenderen Unterschied zwischen den beiden Leiden, der aber auch in einer verschiedenen Localisation der Krankheit beruhen kann.

Die Verff. beweisen auch die Identität der Pseudohypertrophia muscularis mit den beiden anderen Formen, wofür sie die Untersuchungen von Hamon, Bourdet, Friedreich, Landouzy und Déjérine anführen. Diese Beobachter constatiren bei der Duchenne'schen Form 1) Hypertrophie einer gewissen Anzahl von Muskelfasern, 2) eine Myositis interstitialis und 3) Fettentartung der Muskeln, drei Arten von Veränderungen, welche auch bei der Pseudohypertrophie vorkommen. Landouzy und Déjérine betonen freilich die geringe Intensität dieser Störungen, welche eine Analogisirung mit der Pseudohypertrophie der Muskeln nicht zulassen, Marée und Guinon meinen aber, dass es sich hierbei nicht um den Grad, sondern um die Natur der Affection handele und sich dabei kein Unterschied finden lasse. Der Einwand, dass bei der Pseudohypertrophie das Gesicht intact bleibe, wird dadurch hinfällig, dass mehrere Autoren berichten, wie das Gesicht schläfrig, dumm, unbeweglich ausgesehen hätte, wie die Gesichtsmuskeln schlecht reagirt, die Mundwinkel herabgehangen hätten und die Lippen schlaff und dick gewesen wären, Duchenne spricht sich direct für eine Betheiligung der Antlitzmuskeln an der Pseudohypertrophie aus; Verff. meinen, dass geringe Schwäche der Gesichtsmuskeln sogar auch bei der Erb'schen Form vorkäme und kommen zum Schlusse, dass die Pseudohypertrophia muscularis, die Erb'sche und die Duchenne'sche Formen nur verschiedene Abarten der *primären progressiven Myopathie* seien, dass aber vom klinischen Standpunkte aus die früheren Bezeichnungen beizubehalten seien und zwar wäre für die Pseudohypertrophie ein Vorwiegen der Hypertrophie vor der Atrophie, für die Erb'sche Form das umgekehrte Verhältniss und für die Duchenne'sche Abart ein Mitergriffensein der Gesichtsmuskeln charakteristisch. Hinze (St. Petersburg).

120) **Schuster** (Aachen): Diagnostik der Rückenmarks-Krankheiten nebst einem kurzen Anhange: Allgemeine Therapie derselben.
(III. vermehrte Auflage. Berlin, 1886. pag. 187.)

Das in erster Auflage im Central-Bl. 1882 pag. 410 besprochene Buch liegt in III. Auflage vor. Sachlich hat diese Auflage vor der ersten nichts voraus. Es ist eine compilatorische Arbeit, welche die persönliche Erfahrung auf dem behandelten Gebiete nicht allzu häufig hervortreten lässt und doch sollte sich nur auf eine solche die Ausgabe eines Lehrbuches stützen. Die allgemeine (sic!) Therapie bringt eine Reihe specieller Vorschriften für medicamentöse und balneo-hydriatische Behandlung, enthält aber von hygieinischen Vorschriften, die doch in erster Linie in einer *allgemeinen* Therapie von Rückenmarkskrankheiten erwartet werden dürfen, kein Wort. Die äussere Ausstattung des Buches ist recht zu loben. Erlenmeyer.

---

121) **Sanitätsbericht über die deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich 1870/71. VII. Band. Erkrankungen des Nervensystems.** (Berlin 1885. Mittler und Sohn. IV. 480 Seiten mit 7 lith. Tafeln und 13 Zeichnungen. Im Buchhandel einzeln nicht käuflich; das ganze Werk kostet M. 300.)

Ein stattlicher Band neuropathologisch-psychiatrischer Casuistik, dessen Bearbeiter leider nicht namhaft gemacht ist.

Es werden in 10 Capiteln abgehandelt: Traumatische Epilepsie; Trophoneurosen nach peripheren Verletzungen; traumatische Reflexneurosen, secundäre traumatische Lähmung und Drucklähmung; Erkrankungen des Centralnervensystems und nervöse Störungen verschiedener Art nach Verletzungen; Wundstarrkrampf; Erkrankungen des Nervensystems nach acuten Infectionskrankheiten; Meningitis cerebrospinalis; idiopathische Epilepsie; Tabes dorsalis; Kriegs-Psychosen.

Indem ich in eine Besprechung des Buches eintrete schicke ich voraus, dass es sich keineswegs um eine bisher nicht publicirte Casuistik handelt: es ist vielmehr eine grosse Anzahl der mitgetheilten Fälle von den verschiedensten Autoren bereits früher veröffentlicht. Diese Fälle sind hier unter gemeinsamen Gesichtspunkten zusammengestellt und durch Fälle vermehrt, die den Journalen der Militairlazarethe und den Invaliditätsakten entnommen sind. In hohem Grade verdienstlich sind die Mittheilungen, welche den über viele Jahre hinausgehenden Verfolg vieler Kranken enthalten und oft höchst überraschende und unerwartete Schlussergebnisse zu Tage fördern. Dass bei einer grossen Anzahl von Fällen die Untersuchung nicht in einer dem heutigen Stande der Wissenschaft entsprechenden Weise ausgeführt ist, kann nicht Wunder nehmen; man darf bei der Beurtheilung dieser Thatsache nicht vergessen, dass jene Untersuchungen in der aufgeregten Zeit des Krieges, unter oft auch ungünstigen äusseren Verhältnissen angestellt sind, und dass damals, also vor 15 und 16 Jahren eine grosse Anzahl diagnostischer Methoden gänzlich, oder doch so gut wie gänzlich unbekannt waren. Man denke nur an die Electrodiagnostik und an die Entartungsreaction, man denke an die

Reflexe, die Sensibilitätsprüfungen und vieles Andere. Die oft bis zur Werthlosigkeit sich steigernde Knappheit einzelner casuistischen Mittheilungen kann dagegen keine Entschuldigung finden. Dem gegenüber muss anerkannt werden, dass die ganze einheitliche Verarbeitung der vorliegenden, von den verschiedensten Seiten zusammengetragenen Materials durchaus einen modernen Eindruck macht und ganz und gar von dem Geiste der Neurologie unserer Tage durchweht ist. Keine der wichtigen, die wissenschaftliche Discussion der Gegenwart beherrschenden Fragen ist übersehen und überall der Versuch gemacht das Kriegsmaterial zu ihnen in Beziehung zu setzen, sei es in bestätigendem, sei es in ablehnendem Sinne.

Ich beginne mit einer Besprechung der beiden (I. und VIII.) Capitel, welche die *Epilepsie* behandeln. Im Ganzen sind 71 reine Fälle traumatischer Epilepsie mitgetheilt. Zwei weitere Fälle scheide ich aus, einen von E. durch Neuritis idiopathica, und einen, in dem es sich wohl um Tetanie handelt Von diesen 71 sind 8 als Commotio cerebri aufzufassen, also als Folge einer diffusen cerebralen Läsion ohne nachweisbare materielle Veränderung. Bemerkenswerth ist bei diesen Fällen, dass der erste Anfall unmittelbar nach der erlittenen Verletzung sich einstellte. In einem weiteren (9) Falle gesellte sich zu der Commotio eine eitrige Meningitis. 62 Fälle sind rein traumatischen Ursprungs, meist durch Schussverletzungen verursacht. Davon sind 37 Schädel-, 5 Gesichts- und Augen-, 4 Wirbelsäulen- und Mark-, 6 Oberextremitäten-, 6 Unterextremitäten-, 1 beide betreffenden-, 1 Brust- und 2 Ischiadicus-Verwundungen. In 2 der Fälle gingen der Epilepsie unilaterale Convulsionen der gelähmten Körperhälfte vorauf, die bei einem nach mehrtägigem Bestehen in allgemeine E. ausarteten. Bei einem Soldaten entwickelte sich 4 Jahre nach dem Kopfschuss eine den Krampfanfall einleitende Aura von der Narbe aus. Drei Fälle waren unzweifelhafte Herderkrankungen. Als auffällig wird das Missverhältniss bezeichnet, welches zwischen der Häufigkeit der Reflex-Epilepsie nach Verletzungen des Schädeldaches und seiner Umhüllungen — directe Hirnläsionen — gegenüber der E. nach Verwundungen des Rumpfes und der Gliedmassen besteht, und es wird eine interessante procentarische Zusammenstellung mit der Anzahl der Verwundungen überhaupt darangereiht: Auf 8985 Kopfwunden kommt 0,31% Epilepsie; auf 11091 Hals- und Rumpfverletzungen 0,04%; auf 30700 Wunden der Oberextremitäten 0,016% und auf 35670 Wunden der Unterextremitäten 0,02% Epilepsie. Ich finde in diesem Verhältniss nichts Auffallendes, ich betrachte aber auch eine Epilepsie durch Hirnläsion nicht als Reflex-Epilepsie. Auch den Unterschied, der aufgestellt wird zwischen der epileptogenen Macht der vielstrahligen, nach Schusswunden aufgetretenen Kopfnarben und jener der glatten Narben nach Hiebwunden — erstere haben häufiger E. erzeugt — kann ich nicht anerkennen. Es ist offenbar übersehen worden, dass bei dem stets gewaltigen Aufschlag der Projectile wohl immer eine Commotio cerebri miterzeugt wird, deren Einfluss auf die Entstehung von E. ich höher schätze als den der späteren Narben-

bildung. — Ueber die chirurgische Behandlung der traumatischen E. werden folgende Mittheilungen gemacht.

Der von Nussbaum'sche Epileptiker, an dem die berühmt gewordene Dehnung des plexus brachialis vollzogen wurde, verlor die Epilepsie gar nicht. Jener Kranke mit Resection des in die Wundnarbe eingeheilten und fortdauernd gereizten N. medianus (früher von Dr. Graf in Virchow's Archiv Bd. 53 publicirt), früher als geheilt angesehen, ist später rückfällig geworden. Eine Resection der N. subra orbitalis blieb ebenfalls ohne Erfolg ebenso eine Kugelextraction. Von 7 operirten Fällen liegen 3 präsumtive Heilungen vor, ein recht erfreuliches Resultat welches nur die kleine Zahl der Operationen bedauern lässt. Eine Trepanation ist nicht mitgetheilt.

In dem (VIII) Capitel über *idiopathische Epilepsie* sind mitgetheilt 10 Fälle von E. in Folge von Schreck, 33 durch anstrengende Märsche, 8 in oder nach einer Schlacht ausgebrochene, 12 auf Wache oder Posten, 3 Fälle durch Erkältung entstanden und 4 Fälle *bei* (nicht nach) Erkrankungen des Rückenmarks. Ich bin ein Gegner der Lehre von den psychischen Momenten als Aetiologie der Epilepsie und nehme mit Lasègue u. A. für alle Fälle sogenannter emotiver E. immer nur eine erworbene somatische Praedisposition an und finde für diese Ansicht gerade in dem hier vorliegenden Kriegsmaterial eine ganz ausserordentliche Unterstützung. Aeussere körperliche Anstrengung, unregelmässige und ungenügende Ernährung, mangelhafter Schlaf, Krankheiten aller Art bilden zusammen den Boden, auf dem allein sich eine s. g. emotive E. entwickeln kann.

Im Capitel VII, nervöse Nachkrankheiten nach acuten Infectionskrankheiten ist zuerst Epilepsie aufgeführt. Unter den 65301 Typhusreconvalescenten des Feldzuges sind 23 Fälle von Ep. vorgekommen, darunter einer, der schon vor seiner Einstellung epileptisch war. Von diesen 27 Fällen endeten 3 tödtlich, 4 genasen, 16 blieben ungeheilt. Unter 36272 Ruhrreconvalescenten kam Ep. 5 mal vor. Alle waren vor ihrer Dienstzeit frei von E. gewesen. Bestimmte Mittheilungen über den Ausgang dieser Fälle fehlen.

II. Capitel. *Trophoneurosen nach peripheren Verletzungen.*

12 Fälle von Atrophie und 8 Fälle von Dystrophie der Haut. 27 Fälle einfacher Muskelatrophie, 4 Fälle progressiver Muskelatrophie und 9 Fälle von Muskelhypertrophie. Veränderung der Knochen 10 Fälle, davon 9 Verkürzungen und 1 pathologisches Längenwachsthum. Im Wesentlichen handelt es sich hier um die Constatirung des Zusammenhanges. Die Mittheilungen über Behandlungsversuche, Verlauf und Ausgänge sind äusserst dürftig. Das ganze Capitel lehnt sich in engster Weise an Samuel's *„Trophoneurosen“* in Eulenburg's Real-Encyclopaedie an.

(Fortsetzung folgt.)

Erlenmeyer.

122) **Richard Schulz** (Braunschweig): Neuropathologische **Mittheilungen.** (Arch. f. Psych. XVI. 3. p. 579.) (Schluss.)

Drittens wird ein Fall von *Tetanie* bei einer 43jährigen hochschwangeren Frau mitgetheilt. Circa $2^1/_2$ Monate vor der Entbindung traten von Zeit zu Zeit symmetrische tonische Krämpfe bis zum Tetanus in den oberen und unteren Extremitäten auf ohne Sensibilitätsstörung und ohne Bewusstseinsverlust, verbunden mit gesteigerter mechanischer Erregbarkeit der Gesichtsnerven und hochgradig gesteigerter Erregbarkeit der Extremitätennerven für den constanten Strom. Unter Darreichung warmer Vollbäder und Gebrauch von Bromnatrium war bereits vor der Entbindung der grösste Theil der Symptome zurückgegangen.

Die *vierte* Krankengeschichte betrifft ein 16jähriges Mädchen. Nach unbestimmten ca 2 Monate zurückreichenden Prodromen trat lähmungsartige Schwäche und bald vollständige Lähmung und Sensibilitätsverlust nebst vasomotorischen Störungen der oberen Extremitäten ein. Darauf dehnte sich der Prozess in derselben Weise auf die unteren Extremitäten aus; Patellarreflexe und Hautreflex waren theilweise aufgehoben. Nach Blasenlähmung und den heftigsten Rückenschmerzen trat der Tod durch Respirationslähmung ein. Das acute Stadium der Krankheit hatte nur etwa 3 Wochen gedauert. — Die Section ergab ein *primäres Sarcom* der *Pia mater* des Rückenmarks *in seiner ganzen Ausdehnung.* Langreuter (Eichberg).

---

123) **Norstroem :** Traitment de la migraine par le massage. (Behandlung der **Migräne** mit **Massage.**) (Paris. Delahaye 1885.) Le Prog. méd. Nro. 3. 1886.)

Die Migräne und ihre Behandlung ist bisher Gegenstand unzähliger Bearbeitungen gewesen. Es hatte den Anschein, als ob dieses Thema fast erschöpft wäre und dass es zu den Unmöglichkeiten gehöre, noch mit einer originellen Idee über diesen Gegenstand hervorzutreten. Und doch ist dieses Norstroem in seinem Buche gelungen. Nachdem er die verschiedenen bezüglich der Pathogenesis dieser Affection geltenden Theorien Revue passiren gelassen und vornehmlich die auf vasomotorische Störungen basirende Hypothese zurück gewiesen hat, setzt er seine Anschauungsweise, die meistens der Entstehung der Migräne entsprechen soll, auseinander. Mit Wretlind, Weir Mitchell, Heleday u. A. ist N. zu dem Schlusse gelangt, dass die Migräne am häufigsten auf einer begrenzten Myositis beruhe, welche einen Schmerz von neuralgischem Character verursache und zu Exacerbationen führe. Diese myositischen Stellen sind bereits von Metzger und von Henschen erkannt und behandelt worden. N. hat sie eingehend studirt und eine Tabelle angefertigt, welche deutlich zeigt, dass in der grössten Zahl der Fälle diese myositischen Indurationen entweder an der obern Ansatzstelle der Muskeln der hinteren Halsregion, oder in dem fleischigen Körper oder im Niveau der untern Insertion derselben Muskeln, weniger häufig in den Muskeln der vorderen seitlichen Regionen und der Schulter ihren Sitz haben; sehr viel seltner finden sie sich in den Bedeckungen

des Schädels, an den Schläfen. N. macht bei dieser Gelegenheit darauf aufmerksam, dass seine Zahlen nicht mit denen von Henschen übereinstimmen, der die indurirten Knoten häufiger in der Frontalgegend gefunden hat. Diese myositischen Knoten seien höchstwahrscheinlich rheumodoider Natur; durch ihre Anwesenheit in der Nähe der Nerven dürften sie die Migräne hervorrufen. Aus dieser Enstehungsweise leitet sich eine ganz besondere Behandlungsmethode her, welche darin besteht, vermittelst der Massage auf die myositischen Herde einzuwirken. In gewissen Vehältnissen und nach bestimmten Maximen sei die Anwendung dieser Behandlungsmethode vom schönsten Erfolge gekrönt. Um sich hiervon zu überzeugen, braucht man nur die zahlreichen Krankengeschichten (36) zu durchblättern, die N. am Schlusse seines Buches angeführt hat. Aus denselben ist deutlich zu ersehen, dass die Massage der myositischen Punkte die Migräne fast unmittelbar zum Schwinden bringt oder sie zum Wenigsten bessert. —

Rabow (Berlin).

---

124) **Frühwald**: Zur Behandlung der Chorea minor. (Zeitschrift für Kinderheilkunde. Bd. XXIV. Heft 1 u. 2.)

Die widersprechenden Angaben über die Wirksamkeit des Arsen bei Chorea veranlassten Verfasser auf der Widerhofer'schen Klinik zu einer erneuten Prüfung, deren Ergebniss in der durch 25 Beobachtungen gestützten Thatsache liegt, dass bei genügender Menge von eingeführtem Arsen derselbe als souveränes Mittel gegen gedachte Krankheit bezeichnet werden muss. Vor allem brachte die subcutane Injektion der Fowler'schen Solution die Heilung in frühestens einer und spätestens 4 Wochen zu Stande, ein Resultat, das gegen die allgemein gültige Ansicht, die Heilung der Chorea erfordere mindestens 2—3 Monate, sehr absticht. Ungünstige Nebenerscheinungen der subcutanen Methode (Injektion von 1 Theilstrich der Pravatzspritze einer 50% Sol. fowl. und Steigen je um einen Strich bis 10 und dann allmäliches Absteigen) wurden nicht beobachtet, ausser 2 Abscessbildungen an der Einstichstelle, welche später aber durch sorgfältige Desinfektion der betreffenden Hautstelle und absoluten Reinheit der Arzneimittel verhütet wurden.

Unterstützt wurde die Heilung durch entsprechende Anwendung etwa indicirter Stärkungsmittel und absolute Bettruhe während der Behandlungszeit.

Koch (Wiesbaden).

---

125) **Rabow** (Berlin): Kurze Uebersicht über die im Jahre 1885 in Anwendung gekommenen neuen Arzneimittel und Formeln. (Separatabdruck aus der „Deutschen Medicinischen Wochenschrift" Nro. 1. 1886.)

Wir heben aus diesem Aufsatze folgendes hervor: *Urethan*. Von Schmiedeberg, Jolly, v. Jaksch und Sticker erprobt und empfohlen, hat dasselbe sich schnell seinen Weg in die Praxis gebahnt. Es ist ein weisses, krystallinisches, in Wasser leicht lösliches Pulver, das in einmaliger Gabe von 1,0—2,0—3,0 Schlaf erzeugt. Zweckmässig ist die Pulverform (in charta cerata) oder die einfache wässerige

Solution. In Bezug auf Zuverlässigkeit der Wirkung hat das Urethan vor den anderen Schlafmitteln nichts voraus, wohl aber mit denselben gewisse Excitationszustände gemein, die nach grossen Dosen oder längere Zeit fortgesetztem Gebrauch eintreten können. — Ebenfalls als Hypnoticum ist das *Acetophenon* gerühmt worden (Dujardin-Beaumetz.) Beim Erwachsenen ist die Dosis 0,05—0,15 mit etwas Glycerin versetzt und in Gelatinkapseln gegeben. Es bewirkt tiefen Schlaf und wird gut vertragen, nur der Geruch des Athems ist dabei sehr unangenehm. — Das *Cannabinon* (von Bombelon aus Cannabis ind. dargestellt) ist gleichfalls als Schlafmittel gepriesen, aber nach den vorliegenden Erfahrungen nicht als zweckmässig befunden worden. Einmalige Dosis: 0,05—0,1 mit Coffea tosta in Pulverform. —

Unter den neuen *anästhetischen Mitteln* verdient vom *Cocainum muriaticum* hervorgehoben zu werden, dass es — neben seiner bereits bekannten externen Application — nunmehr auch vielfach innerlich gereicht wird. Es hat sich besonders bei Gastralgien, Erbrechen der Schwangeren, Seekrankheit, Alkohol- und Morphinabstinenz bewährt. Zweckmässig ist die einfache wässrige Lösung: 0,1—0,15:10,0, davon 3 mal täglich 15 – 20 Tropfen. Gegen Seekrankheit rühmt Otto bei Erwachsenen 3 mal täglich 0,015—0,02 Cocain, am besten mit einem Stückchen Roheis und dabei horizontale Lage. — Der Preis für 1 Gramm Cocain ist nunmehr von 30 Mark bis auf 3 Mark gesunken.

Als Ersatzmittel des Cocain ist das *Menthol* zu anästhetischen Zwecken in Gebrauch gekommen. Zur Behandlung der Nasenschleimhaut (besonders bei Reflexneurosen) bediente sich Rosenberg einer 20 – 50 procentigen, ätherischen, alkoholischen oder öligen Lösung. Meistens reicht Betupfen der Schleimhaut mit einer Lösung von Menthol 2,0, Olei olivar. 10,0 aus. In letzter Zeit sind auch Gelatinstäbchen von 0,01 Mentholgehalt, die der Patient sich selbst in die Nase einführen kann, empfohlen worden.

Die neuerdings von Lewin angestellten physiologischen Untersuchungen über die *Cavawurzel* lassen es zweifellos erscheinen, dass das Cavaharz sehr bald als ein ausgezeichnetes Anaestheticum ausgedehnte Anwendung finden wird. E.

---

126) **Dujardin-Beaumetz:** Ueber Hopeïn. (Le Progrès méd. Nro. 5. 1886.)

127) **Lang** (Wien): Zur therapeutischen Wirkung des Hopeïn.
(Wiener med. Presse 1886. Nro. 5.)

128) **Hirt** (Breslau): Notiz, betreffend Hopeïn.
(Bresl. ärztl. Zeitschr. 1886. Nro. 3.)

In einem in der Académie de Médecine am 26. Januar 1886 gehaltenen Vortrage spricht Verf. über dieses *neue Alkaloid des amerikanischen Hopfens*. Dasselbe wird als ein wirksames Narcoticum gepriesen. Ehe Dujardin-Beaumetz mit diesem in England bereits Handelsartikel gewordenen Producte experimentirte, unterwarf er es der Analyse (er war schon zuvor von der Identität des Hopeïn mit dem Morphin benachrichtigt worden). Dabei constatirte er nun, dass die Reactionen

der aus England bezogenen Proben von Hopeïn genau denen glichen, die Morphin liefert. Angesichts solcher Resultate kann man nur 3 Hypothesen aufstellen: entweder sind die Reactionen des Hopeïn und des Morphin dieselben, oder der amerikanische Hopfen enthält Morphin oder endlich die durch den englischen Handel vertriebenen Producte sind nichts anders als mit Hopfen versetztes Morphium. (Der einzige Unterschied liegt im Preise; Hopeïn kostet ein Gramm 3 bis 4 Francs, Morphium dagegen nur 50 Centimes.) Die dritte Hypothese ist die wahrscheinlichste.

Méhu macht darauf aufmerksam, das Hopeïn nicht aus europäischem Hopfen bereitet werden kann. Zur Herstellung von einem Decigramm Hopeïn ist ein Kilogramm amerikanischer Hopfen erforderlich. Rabow (Berlin).

Lang hat sein Hopeïn ebenfalls aus England bezogen und bezeichnet es als ein weisses, äusserst bitter schmeckendes, in Wasser unlösliches Pulver. Er hat es angewandt bei Fällen von Lungenphtise und idiopathischer Agrypnie. 0,02 Hopeïn erzeugte 5—6 stündigen Schlaf. Verf. hat auch Hopeïnum muriaticum in wässriger Lösung (oben sagt er, es sei unlöslich in Wasser! Ref.) wie Morphium mit Erfolg angewandt. In keinem Falle haben die Präparate versagt oder unangenehme Neben- und Nacherscheinungen gehabt. Verf. stellt Hopeïn als Schlafmittel (nicht gleichbedeutend mit Sedativum) den besten der bis nun bekannten Schlafmittel gleichwerthig an die Seite. (Nach seinen wenigen Versuchen sehr kühn! Ref.)

Hirt sagt: „Auf meine Veranlassung wurden in der Apotheke des Herrn Jul. Müller hier die Reactionen des Hopeïn auf das Genaueste studirt und ergab sich thatsächlich, dass sie mit denen des Morphium identisch waren. Da nun auch die Firma Gehe & Comp. auf Anfrage erklärte, dass sie ihr Präparat aus England bezogen habe, so liegt der Verdacht nahe, dass Hopeïn in der That Morphium ist“.

Erlenmeyer.

---

129) **Filehne** (Erlangen): Das Aethoxy-Caffeïn als Substitut des Caffeïns bei Hemikranie. (Arch. f. Psych. 1886. XVII. 1.)

Verf. verweist auf seine soeben im Arch. f. Anat. u. Physiol. 1886, S. 72 ff) erschienene Arbeit über die Wirkung der Caffeïn-Xanthin-Gruppe und ersucht mit Aethoxy-Caffeïn zuerst an solchen Patienten zu experimentiren, bei denen früher Caffeïn gute Dienste geleistet hat. Die Einzeldosis darf grösser sein als beim Caffeïn, die Tagesdosis von 0,6 aber nicht überschritten werden. Das Mittel, in Pulverform darzureichen, ist zu beziehen von Meister, Lucius und Brüning in Höchst am Main. Erlenmeyer.

---

130) **E. Gmelin** (Tübingen): Ueber Störung der Wärmeregulirung bei Geisteskranken. (Württemb. medicin. Correspondenzbl. 1886. Nro. 1.)

Nach einer Einleitung, in welcher Verf. die bekannte Erscheinung subnormaler Körpertemperaturen bei Geisteskranken und zwar besonders bei Blödsinnigen bespricht, geht derselbe zu der interessanten

und noch wenig behandelten Frage über, wie sich derartige abnorme Temperaturverhältnisse bei Intercurrenz einer acut-fieberhaften Erkrankung gestalten und theilt einen diesbezüglichen Fall eigner Beobachtung mit: Sein Pat., 32 Jahre alt, der Typus eines Idioten, erkrankte an einer Pneumonie, die auch durch die Section (Prof. Ziegler) constatirt wurde. Die Temperaturen — er wurde etwa am 4. Tage der Krankheit aufgenommen — waren folgende:

Datum	15, II.	16, II.	Datum	15, II.	16, II.
Morg. 8 Uhr	—	35,9	Nachm. 2 Uhr	31,6	36,9
„ 10 „	unter 34	36,0	„ 4 „	31,9	37,6
		—	„ 6 „	32,4	38,6
Mitt. 12 „	—	36,2	„ 8 „	32,9	39,2

Tod Abends 11 Uhr. Es kommt somit auch da, wo die Wärmeregulirung gestört ist, bei genügend starker Veranlassung zur Temperatursteigerung, nur kann dieselbe nicht den hohen Grad erreichen, wie beim geistig Gesunden, weil die Fähigkeit, Wärme zu produciren, beim Idioten von vorn herein geringer ist, als bei jenem.

Friedländer (Bendorf).

---

131) **Morselli** (Turin): Le leggi statistiche del suicidio secondo gli ultimi documenti (1879—1885.) (Die statistischen Gesetze des Selbstmordes nach Massgabe der neuesten officiellen Berichte.) (Separatabdruck aus Giorn. della Reale società italiana d'igiene, Anno VII Nro. 4. u. 5, Mailand 1885.)

Nachdem Verf. schon 1879 eine Arbeit über dasselbe Thema publicirt hatte, bringt er hier mit Hülfe des mit grossem Fleisse bearbeiteten neuesten statistischen Materiales zahlreiche gewichtige Belege für seine Ansichten. Der grundlegende Gedanke ist der, dass diejenigen Handlungen, welche man als Ausflüsse der freien Selbstbestimmung des Menschen anzusehen gewohnt ist, mit derselben Nothwendigkeit und Gesetzmässigkeit an bedingende causale Momente geknüpft sind, als die Erscheinungen der physikalischen Welt, dass also für die Wissenschaft der Sociologie das liberum arbitrium nicht existirt. Der Mensch handelt nach Motiven, welche in Klima, atmosphärischen Bedingungen, Sitten und Gebräuchen, eingewurzelten religiösen Anschauungen, den verschiedensten socialen Verhältnissen, Rasseneigenthümlichkeiten, endlich der Gesetzgebung zu suchen sind, ohne dass deren Einfluss dem Individuum zum Bewusstsein kommt. Erst der statistischen Forschung gelingt es, diese Verhältnisse aufzudecken, deren Richtigkeit durch den Nachweis oft geradezu frappirender Uebereinstimmung in den Zahlenergebnissen über jeden Zweifel erhoben wird.

Das Studium dieser Gesetze muss zu den ersten Aufgaben der öffentlichen Hygiene gehören, wenn man zielbewusst an die Bekämpfung der socialen Uebel herangehen will. Selbstmord und Verbrechen und Irrsinn sind die wichtigsten Erscheinungsformen der versteckt vor

sich gehenden Degenerations- und Depravationsvorgänge. Während aber die Gesetzmässigkeit dieser Vorgänge bezüglich des Irrsinns längst Würdigung gefunden hat, hat man bei der Beurtheilung der beiden andern, trotz ihrer nahen Verwandtschaft mit jenem erst in der jüngsten Zeit einen analogen Weg einzuschlagen begonnen.

Von den interessanten Resultaten der zahlreichen vergleichend-statischen Zusammenstellungen kann hier nur weniges Allgemeine kurz erwähnt werden.

Zunächst zeigen sämmtliche Staaten ein fast ununterbrochenes Anwachsen der rel. Zahl von Selbstmorden. Als Beispiel seien die auf eine Million Einwohner berechneten Zahlen Frankreichs von 1871 –1881 wie folgt wiedergegeben: 123, 146, 152, 154, 150, 157, 160, 173, 175, 178, 180. Je grösser der Staat, um so weniger Unterbrechungen zeigen die entsprechenden Zahlenreihen.

Betrachtet man die geographische Vertheilung der Selbstmorde, so erhellt zur Evidenz der gewaltige Einfluss, welchen die Dichtigkeit im Zusammenleben der Menschen auf die Häufigkeit des Selbstmordes ausübt. Dem entsprechend stehen durchweg die grossen Städte in der Scala obenan, darauf folgen die kleineren, zuletzt kommen stets die ländliche Districte.

Im Zusammenhang hiermit steht wohl die betrübende Thatsache, dass die Häufigkeit der Selbstmorde stets im geraden Verhältniss zur allgemeinen Kulturstufe steht und ein schneller Aufschwung der letzteren mit rapidem Anwachsen der ersteren einherzugehen pflegt.

Dem entspricht auch die Reihenfolge, in der die Vertreter der verschiedenen religiösen Bekenntnisse rücksichtlich ihrer Neigung zum Selbstmorde stehen:

Obenan die Reformirten, dann die Katholiken, endlich die Juden, welche jedoch in manchen Ländern höher rangiren. Am deutlichsten bestätigt sich diese Regel in solchen Ländern, welche, wie z. B. Bayern eine gemischte Bevölkerung aufweisen.

Von den verschiedenen Rassen soll die germanische am meisten zum Selbstmorde disponirt sein.

Der Einfluss der Jahreszeiten zeigt sich darin, dass das Maximum ohne Ausnahme in die warme Jahreszeit fällt, schwankend von Mai bis Juli, das Mininimum in die kalte und zwar meist Dezember.

Der Antheil, welchen die männliche Bevölkerung stellt, verhält sich zu dem der Frauen in verschiedenen Ländern etwas verschieden, in den meisten ungefähr wie 4 : 1 in England und Englisch-Amerika meist wie 3 : 1.

Der Einfluss des Alters macht sich ferner in einer mit ihm in gleichem Sinne ununterbrochen ansteigenden rel. Zahl von Selbstmorden geltend. Die Frauen zeigen in dieser Beziehung eine Art von Frühreife, so dass ihr Beitrag dem der Männer in der Jugend sogar absolut gleichkommen kann.

Auch der Civilstand ist von Bedeutung, indem das Cölibat, der Wittwenstand und die Ehescheidung bei weitem höhere Zahlen geben als der Ehestand.

Wittwenthum und Scheidung sind indessen, um es so auszudrücken, der Frau weniger verderblich als dem Manne. Kindersegen wirkt dagegen schützend, und zwar gleichfalls mehr auf die Frau. Auffallender Weise erstreckt sich jedoch dieser Schutz auf sie nur bei Fortbestehen der Ehe, auf den Mann auch ohne dies.

Unter den verschiedenen Gesellschaftsklassen findet man um so höhere Verhältnisszahlen, je höher man heraufgeht. Unter allen Ständen steht das Militär in sämmtlichen Staaten obenan, jedoch mit sehr grossen Unterschieden; auch innerhalb desselben machen sich die Rangunterschiede meist wieder in gleicher Weise geltend.

Auf die mannigfachen Modificationen, welche sich bei diesen Vergleichen ergeben, müssen wir indessen verzichten.

Sehr ausführlich wird endlich auch den auf die Wahl der verschiedenen Todesarten einwirkenden Motiven nachgegangen, wobei sich zum Theil interessante Resultate ergeben. Der leitende Gedanke für eine praktische Verwerthung solcher Untersuchungen muss nach der Meinung des Verf. darin bestehen, dass man auf das Volk durch Ausschaltung verderblicher und Einführung fördernder „Motive“ einzuwirken versucht, was mehr Aussicht auf Erfolg darbietet als alle Versuche zu directer Bearbeitung der moralischen Vorstellungen. Die Darlegung der hier einzuschlagenden Wege behält sich der Verf. für eine weitere Arbeit vor. Nagel (Dalldorf).

---

132) **Kreuser**: Die Königliche Heil- und Pflegeanstalt Winnenthal. Fünfzigjähriger Anstaltsbericht. (Tübingen, Verlag von Franz Fuess 1885.)

(Schluss.)

Der mehrfach hervorgehobenen Bestimmung Winnenthal's entsprechend sind secundäre Krankheitzustände nur selten zur *wiederholten Aufnahme* gelangt. Auf die primären Formen gestaltet sich die Vertheilung in der Weise, dass bei der Melancholie 88% auf die erstere, 12% auf die wiederholten Erkrankungen kommen, und zwar fast genau in demselben Verhältniss bei beiden Geschlechtern, es waren also mit andern Worten wiederholte Aufnahmen wegen Melancholie bei Weibern um eben soviel häufiger, als beim männlichen Geschlechte, wie dies für die Gesammtzahl der Erkrankungen der Fall gewesen ist. Bei der Manie kommen auf die erstmaligen Aufnahmen 80% der Männer und 82% der Frauen d. h. es sind von ersteren absolut und relativ mehr mit Recidiven in Behandlung gekommen.

Für die *Erblichkeitsverhältnisse* sind nur für Periode III verwendbare Zahlen aufgestellt und zwar zeigten eine hereditäre Anlage bei Melancholie 46,07%, bei Manie 44%, bei secundärer Störung 31,32%, bei Paralyse 12,90%. — Nach dem Alter nimmt die Bedeutung des hereditären Einflusses auf die Morbidität an Psychosen bei beiden Geschlechtern ab bis zum vierten Dezennium, um dann wieder bis 61 Jahr beträchtlich anzuwachsen. Von hier ab ist der Einfluss unerheblich.

In etwa $^2/_3$ aller hereditär belasteten Fälle bei einfacher Seelenstörung waren geistige Störungen schon bei andern Familiengliedern

beobachtet, das letzte Drittel vertheilt sich auf die übrigen Anomalien. Nervenkrankheiten vorzugsweise von Seiten der Mutter, Selbstmord und Characteranomalieen, hauptsächlich Trunksucht mehr von Seiten des Vaters.

Directe Belastung mehr von Seiten des Vaters, indirecte mehr von Seiten der Mutter. Dabei hat sich der väterliche Einfluss mehr bei den Söhnen, der directe mütterliche Einfluss ebenfalls mehr bei den Söhnen, der indirecte mütterliche mehr bei den Töchtern geltend gemacht. Bei Erblichkeit von beider Eltern Seite fanden sich mit einer einzigen Ausnahme nur Töchter erkrankt.

Die grosse Anzahl *krimineller Fälle* 12,24% m. 1,15% w. liegt wohl darin, dass die geisteskranken Gefangenen ausnahmlos Winnenthal aus äussern Gründen überwiesen sind.

C. der Abgang.

Als *genesen* hat nahezu ein Drittel aller Aufgenommenen die Anstalt wieder verlassen und es ist das Genesungsprocent im Laufe der drei Perioden ein günstigeres geworden. Stets hat dabei das weibliche Geschlecht günstigere Verhältnisse aufzuweisen gehabt; auch ist bei ihm die Zunahme der Genesungen eine stärkere, wenn auch weniger gleichmässige gewesen.

Von den *ungeheilt Entlassenen* wäre zu erwarten gewesen, dass deren Verhältnisszahl mit der Umwandlung der früheren reinen Heilanstalt in eine verbundene Heil- und Pflegeanstalt abgenommen hätte. Statt dessen hat sich dieselbe noch ziemlich vermehrt indem eben der Andrang von frischen Fällen trotz der Eröffnung einer zweiten Staatsirrenanstalt ein so starker geblieben ist, dass nur durch Abgabe von Ungeheilten der erforderliche Raum für sie zu beschaffen war.

Die Ermittelungen über die *Mortalität* ergeben, dass von den Aufgenommenen etwas über 10% mit Tod abgegangen sind und dass dabei die Sterblichkeit der Männer diejenige der Frauen um fast $3^1/_2$% übertroffen hat. Im Laufe der drei Perioden verringerte sich die Procentziffer stetig nur in der letzten Periode erhöht sie sich für die Frauen, wodurch die Differenz in der Sterblichkeit beider Geschlechter auf 0,69% zusammengeschrumpft ist. Berechnet man das Mortalitätsprocent nach der Zahl des durchschnittlichen Bestandes, so erhält man für die drei Perioden eine Sterblichkeit von 8,24—6,63—4,53, für die 50 Jahr von 6,55, pro Jahr.

Die Sterblichkeit in der Anstalt stellt sich zur Gesammtbevölkerung des Königreiches 4,74 mal höher.

Bezüglich des Lebensalters fallen 56,38% aller Todesfälle in das 4. und 5. Dezennium. Es ergiebt sich, dass das Alter unter 30 Jahren nicht ganz halb so viel zur Sterblichkeit beigetragen hat, wie die Altersstufen über 50 Jahre.

Im Laufe der 3 Perioden sind die Procentziffern der Altersstufen bis zum 40. Jahre stetig gefallen, die für die Stufen über 40 sind stetig gestiegen, es ist das Durchschnittsalter der Gestorbenen ein zunehmend höheres geworden, das Maximum ist vom 4. auf das 5. Dezennium vorgerückt (vielleicht unter dem Einfluss der Paralyse?) und

es ist dabei die Vertheilung der Todesfälle auf die einzelnen Altersstufen der normalen näher gerückt, es müssen also wohl weniger häufig mit dem Irresein in directem Zusammenhang stehende Todesursachen den lethalen Ausgang herbeigeführt haben.

Von den Krankheitsformen zeigt die progressive Paralyse weitaus die grösste Sterblichkeit; zwischen den übrigen zeigt sich keine sehr grosse Differenz. Am wenigsten Todesfälle sind bei der Manie vorgekommen und sind dieselben im Laufe der Zeit noch bedeutend seltener geworden; ebenso hat die Mortalität der Melancholischen erheblich abgenommen; die nahezu sich gleich gebliebene Sterblichkeitsziffer für die secundären Störungen vermindert sich gleichfalls, wenn man bedenkt, dass die Zahl der mit solchen Verpflegten viel mehr angewachsen ist, als die mit solchen Aufgenommenen. —

Die *Todesursachen* ergeben, dass acute Infectionskrankheiten nur ganz vereinzelt aufgetreten sind. Zweimal ist Abdominaltyphus in der Anstalt gewesen, einmal im Jahre 1863 eingeschleppt, einmal 1878 veranlasst durch eine Senkgrube, zu welcher das Abwasser der Spülküche Zutritt erlangt hatte. Die Dysenterie hat nur sporadisch Eingang gefunden. Einmal hat Erysipelas faciei, einmal Diphteritis zum Tode geführt, sonst ganz vereinzelte Fälle. Die drohenden Pocken 1869 wurden wieder glücklich abgewendet. Die Tuberculose hat 16,29% aller Todesfälle ausgemacht. Auffallend ist die Differenz zu Gunsten der Männer 11,53:24,69. Todesfälle vom Nervensystem aus finden sich seltener als früher verzeichnet. Immerhin machen sie auch jetzt noch einen namhaften Procentsatz der Mortalität besonders der Männer aus. Auf 100 Gestorbene 37,72. Die Zahl der Erkrankung der Respirationsorgane mit tödtlichem Ausgang kommt der an andern Anstalten gleich. Die Sterblichkeit der an den Circulationsorganen Erkrankten übertrifft dieselbe fast ums Doppelte.

Durch Selbstmord endeten 29 Personen, durch Verunglückung 2 Personen, 1 Sturz aus dem Fenster und 1 Erstickung eines 24 jähr. Melancholikers in einem um Mitternacht ausgekommenen Brand.

Noch viermal ist in der Anstalt Feuer ausgekommen, ohne besonders Schaden zu thun. Neuendorff (Bernburg).

---

133) **Pelman** (Grafenberg): Gerichtsärztliche Gutachten. III. Testamentarische Verfügung im Zustande des Altersschwachsinns. Nahezu völlige Taubheit und Erblindung. Widersprechende Gutachten. Obergutachten. (Friedr. Bl. f. ger. Med. 1885 31. Heft. Mai und Juni.)

A. war vor etwa 10 Jahren verständig; seitdem ist er kindisch geworden und seit mindesten 5 Jahren nicht ganz bei Verstand. Er plaudert fortwährend sinnloses Zeug, prahlt gern, fällt in seiner Erscheinung auf und wiederholt dieselben Redensarten. Seine geistige Schwäche ist daher nicht zu bezweifeln, trotzdem ihn zwei Sachverständige für dispositionsfähig erklären, weil seine von jeher vorhandene Sonderbarkeiten mit dem Alter zugenommen hätten. P. erweist die unlogische Anschauung dieses Gutachtens und tritt dafür einem anderen

Gutachten, welches A. für dispositionsunfähig erklärt, nur in der wissenschaftlichen Diagnose, welche auf sekundären Blödsinn lautet nicht bei. Der Entmündigungsverklagte wird am 20. 3. im Bett, weil gehunfähig sowie fast taub und blind, angetroffen. Er machte seine gewöhnlichen Erzählungen, wobei er häufig abschweifte. Im Uebrigen zeigte er sich deutlich von seiner Frau beeinflusst, zu deren Gunsten er das Testament errichtet hatte, indem er bestimmte Fragen derselben in bestimmter Weise beantwortete. Sein Gedächtniss für die nächste Vergangenheit ist schlecht. Diesem Mangel an Erinnerung des an Altersschwachsinn leidenden, 86 jährigen A. entspricht eine gleiche Schwäche des Willens, die ihn zu überlegten Willensäusserungen unfähig und zum willenlosen Werkzeug Anderer macht. A. ist demnach für blödsinnig im Sinne des Gesetzes zu betrachten und war dies schon zur Zeit der Testamentserrichtung im December 1882.

Landsberg (Ostrowo).

---

134) **v. Krafft-Ebing:** Betrug. Behauptete geistige Krankheit. Blosse, organische Belastung. Gerichtsärztliches Gutachten. (Friedr. Bl. f. ger. Med. 1885 3. Heft. Mai und Juni.)

Akten. Karl G., Handelsmann, hat eine grosse Zahl Gewerbetreibende um Waaren im Werthe von 40000 fl. betrogen, indem er ihnen Zahlungsfähigkeit und Theilhaberschaft an der Fabrik G. vorspiegelte. In dem Prozess erklären ihn eine Reihe von Entlastungszeugen für unzurechnungsfähig.

Exploration. Inkulpat giebt bereitwillig Auskunft über seine Verhältnisse und erklärt sich für geistig nicht normal und unzurechnungsfähig. Er erklärt dies mit Irrsinn des Vaters und in dessen Ascendenz, sowie mit seit dem vierzehnten Jahre getriebener Onanie, deren Folgen er sachgemäss schildert. Auch seine Erziehung sei verfehlt gewesen. Er habe beständig fixe Ideen gehabt, z. B. eine wahre Bildermanie, sei überhaupt ein Illusions-Phantasiemensch.

Explorat ist ein grosser, vorzeitig gealterter, in seiner Ernährung heruntergekommener Mann von normalem Schädel und ohne Degenerationszeichen.

Gutachten. G. ist ein excentrischer, verschrobener, in seinem Thun und Lassen vielfach absonderlicher Mensch, wie sie erfahrungsgemäss häufig unter der Nachkommenschaft Geistes- oder Nervenkranker vorkommen. Onanie ist gewöhnliche Erscheinung eines früh und abnorm stark erwachenden Geschlechtstriebes bei solchen Belasteten. G. bietet funktionelle Schwäche der höchsten geistigen Funktionen auf organischer Grundlage, d. h. er ist schwach an Verstand, jedoch weder der Einsicht in die Strafbarkeit seiner inkriminirten Handlungen, noch der freien Willensbestimmung beraubt. G. wird unter Annahme mildernder Umstände zu mehrjährigem Kerker verurtheilt.

Landsberg (Ostrowo).

IV. Aus den Vereinen.

I. Académie des Sciences zu Paris.

Sitzung vom 11. Januar 1886. (Le Progrès méd. Nro. 4, 1886.)

135) **Vulpian**: *Alternirende Hemianästhesie als Symptom gewisser Verletzungen der Medulla oblongata.*

Die transversale Durchschneidung der einen Hälfte des verlängerten Markes ruft unter anderen Symptomen, eine alternirende Hemianästhesie hervor, d. h. eine mehr oder weniger ausgesprochene Hemianästhesie derjenigen Gesichtshälfte, die der Seite der Läsion entspricht und eine unvollständige Anästhesie der Glieder der entgegengesetzten Seite. Die Gesichtsanästhesie ist um so ausgeprägter, je höher die Durchschneidung in der Med. oblong. liegt, doch kommt es nicht bis zur absoluten Unempfindlichkeit. Die unilateralen Bulbärläsionen markiren sich beim Menschen durch Symptome, die stets variiren je nach dem Sitze, nach der Ausbreitung in Höhe, Breite und Tiefe. Wenn sie ein wenig auf den Pons übergreifen, können sie die Ursprungsstellen des Facialis berühren und, wie bekannt ist, eine alternirende Hemiplegie veranlassen Es ist wahrscheinlich, dass dieselbe oft durch mehr oder weniger ausgesprochene Anästhesie auf der der Läsion entgegengesetzen Seite complicirt ist. Einen derartigen Fall hat V. erst kürzlich beobachtet. Man begreift die Möglichkeit anderer symptomatischer Combinationen, die sich geltend machen müssten, wenn eine einseitige Verletzung die Ursprünge oder den intrabulbären Verlauf des einen oder von mehreren der anderen bulbären Nerven ergreifen würden.

Die alternirende Hemianästhesie darf demnach als eines der characteristischsten Symptome angesehen werden, das auf eine Bulbärläsion schliessen lässt. Bei plötzlichem Auftreten derselben wird man an eine begrenzte intrabulbäre Hämorrhagie oder an eine embolische Verstopfung der Arteria cerebelli inferior posterior derjenigen Seite, welche der anästhetischen Gesichtshälfte entspricht, denken müssen.

Rabow (Berlin).

II. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 16. Januar 1886. (Le Progrès méd. Nro. 5, 1886.)

136) **Dupuy** hat den *Pedunculus cerebri* eines Hundes durchschnitten und beobachtet, dass die Eindrücke der gegenüberliegenden Seite übermittelt würden, als ob die Durchschneidung gar nicht stattgefunden hätte, dies Experiment wird von Franck, Laborde und P. Bert angezweifelt.

137) **Dubois** reizt bei einer Ente eins der *basalen Ganglien* und ruft auf diese Weise eine rotirende Bewegung hervor. Er decapitirt die Ente und sieht, dass die Bewegung fortbesteht. Die Gegenwart des Gehirns ist demnach hierbei nicht erforderlich; das Rückenmark hat vor der Decapitation den besonderen Reiz, der durch die Piqure der centralen Ganglien erzeugt wurde, enregistrirt.

Rabow (Berlin).

V. Tagesgeschichte.

Aus Berlin. Von befreundeter Seite geht uns folgende Correctur der in der letzten Nummer enthaltenen Nachricht über die *„Provinzialanstalt für Epileptische der Provinz Brandenburg“* zu. Die Anstalt ist von der *„inneren Mission“* gegründet. Die Provinz hat dazu nur einen Beitrag geleistet, und hat als solche mit der Anstalt, die auch nicht unter ihrer Verwaltung steht, gar nichts zu thun. —

Ueber die *Errichtung einer neuen Irrenanstalt* (vergl. vorige Nummer) hat sich der Magistrat jetzt schlüssig gemacht. Die Anstalt soll nicht für 600, sondern für 1000 Kranke berechnet werden und auch nicht nur als städtische Armen-Anstalt eingerichtet werden, sondern es sollen Kranke wohlhabender Stände gegen Zahlung Aufnahme finden. Die Kosten sind auf 2,400000 M. veranschlagt. Für die beiden einfachen Gebäuden, die auf dem Terrain von Dalldorf errichtet werden sollen, sind M. 100000 in den Etat 1886/87 eingestellt. Der Magistrat hat auch der Errichtung einer Anstalt für Epileptische zugestimmt, aber unter grösseren als den projectirten Verhältnissen und hat für dieselbe eine Summe von 2,700000 M. ausgeworfen.

Ueber den Modus der Anstalts-Aufnahme von Geisteskranken, Epileptikern und idiotischen, epileptischen und paralytischen Kindern in Paris.
(Le Progrès méd. Nro. 6. 1886.)

Die Placirung in Irrenanstalten geschieht bekanntlich in zweierlei Art: die freiwillige Unterbringung durch die Familie und die amtliche Seitens der öffentlichen Behörde. — In Paris werden die officiellen Unterbringungen durch die Polizeipräfectur veranlasst. Die sehr grosse Majorität der Geisteskranken passirte vor einigen Jahren durch das Depot der Polizeipräfectur. Die Verwaltung der Seinepräfectur reservirte sich nur 330 freiwillige Placements von den öffentlichen Anstalten: 170 für zahlende und 160 für bedürftige Kranke. Die von dieser Behörde verlangten Formalitäten und der damit verbundene grosse Zeitverlust machten die Möglichkeit der freiwilligen Unterbringung Armer fast ganz illusorisch. Aus diesem Grunde wurde Ende 1881 gelegentlich der Discussion über das Budget der Irren für 1882 auf möglichste Abkürzung und Vereinfachung der Formalitäten gedrungen. Die Bedingungen für diesen Aufnahmemodus sollten zur allgemeinen Kenntniss des Publicums gebracht werden und die Anzahl der freiwilligen Placements unentgeltlich und unbeschränkt sein.

Die officiellen Placirungen sind nichts destoweniger die zahlreichsten geblieben und haben den betheiligten Familien die peinlichsten Verlegenheiten bereitet, indem sie genöthigt wurden, sich zum Polizeicommissariat zu bemühen, das in manchen Fällen seine Hülfe verweigerte, bis es zu Unglücksfällen oder einem öffentlichen Skandal kam. — Der Zustand der Kranken verschlimmert sich oft durch eine derartige Intervention; durch die Fahrt von der Wohnung zur Polizeipräfectur, durch den Aufenthalt an diesem gefürchteten Orte und endlich durch eine erneute Fahrt in einem Gefängnisswagen von der Polizei zum Aufnahme-Bureau des klini-

schen Asyls. Alle diese Uebelstände erforderten Abhülfe. Die Polizei sollte nicht in so schädlicher Weise bei Unterbringung der Kranken interveniren. Es wurde dem Conseil général daher ein diesbezüglicher Vorschlag gemacht, den er auch annahm. Derselbe autorisirte den Seinepräfect, alle Geisteskranken welche von ihren Angehörigen nach dem Aufnahmebureau des klinischen Asyls gebracht wurden, daselbst, nach Erfüllung der gesetzlichen Formalitäten (vom 26. Novbr. 1881), aufnehmen zu lassen.

Es bedurfte mehrerer Abstimmungen des Conseil général, um die Verwaltung zur Einführung dieser einfachen und nützlichen Reform zu veranlassen. Auch gegenwärtig nimmt die Zahl der freiwilligen Placirung der Armen nur sehr langsam zu. Es gab nur 191 derartige Aufnahmen im Jahre 1883 und 330 im Jahre 1884 unter mehr als 3000 Aufnahmen. Um den Weg zum Depot der Polizeipräfektur nur für die auf öffentlicher Strasse aufgegriffene Individuen zu beschränken, wird nun in Erinnerung gebracht:

Dass jeder Geisteskranke von seinen Angehörigen oder Freunden direct nach dem Aufnahmebureau Sainte Anne gebracht werden kann, ohne durch die Polizeipräfectur zu passiren. Der Kranke darf nur ein ärztliches Zeugniss (beglaubigt vom Polizei-Commissair) und seinen Geburtsschein mitbringen.

Später soll über den Modus der Aufnahme von Epileptischen berichtet werden. Rabow (Berlin).

VI. Personalien.

Offene Stellen. 1) Sorau, Assistenzarzt, 2000 M., freie Wohnung, Heizung etc. 2) Allenberg (Ostpreussen), II. Arzt, 1. April 1886, 3000 M., freie Wohnung etc. 3) Hildesheim, Assistenzarzt, 900 M. und fr. Stat. I. Cl. 4) Königslutter, 3. Assistenzarzt, 1000 M. u. fr. Stat. 5) Alt-Scherbitz, II. Arzt. 6) Bunzlau, II. Arzt. 7) Klingenmünster, II. Assistenzarzt, sofort, 1200 M. und fr. Stat. 8) Roda (Sachsen-Altenb.) Assistenzarzt, 1. April, 1000—1200 M. und freie Station, Verpflichtung auf ein Jahr. 9) Hannover, Stadtkrankenhaus, Irrenstation u. eine Abtheilung der medic. Station, Assistenzarzt, 1. April, 1000—1200 M. und freie Station. Meldung an den Magistrat in Hannover. 10) Bernburg, Assistenzarzt 1500 M. und freie Station. Persönliche Vorstellung nöthig. 12) Ahrweiler, (Dr. v. Ehrenwall's Privat-Anstalt) Vertreter, sofort bis Mitte März. Bedingung: Approbirt und psychiatrisch erfahren. 13) Halle-Nietleben, II. Arzt, alsbald. 3000 M., Familienwohnung etc. 14) Dalldorf, Volontairarzt, sofort, 600 M. und freie Station.

Ernannt. Obernigk (Dr. Kleudgen's Privat-Anstalt), Assistenzarzt, Herr Dr. Schultze-Baldenius aus Breslau. Eberswalde bei Berlin, III. Arzt, Herr Dr. Lorenz, bisher I. Assistenzarzt an der Brandenburgischen Prov. Irrenanstalt zu Sorau N./L. II. Hilfsarzt, Herr Dr. Julius Lehmann aus Srassburg i. Elsass.

Druckfehlerberichtigung.

pag. 59, Z. 3—4 v. ob. lies toxisch statt topisch.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern. Jede zwei Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

9. Jahrg. 15. März 1886. Nro. 6.

INHALT.

I. Originalien.

Beitrag zur Lehre von den epileptogenen Zonen.

Von E. A. HOMÉN.

Docent an der Universität in Helsingfors.

Da die Casuistik der epileptogenen Zonen, speziell derer ohne nachweisbare peripherische Ursache (Nothnagel's wirkliche epilep-

togene Zone)*) noch ziemlich mangelhaft ist, so dürfte der folgende, auf der Abtheilung für Nervenkranke an der Universitäts-Klinik in Helsingfors behandelte Fall von allgemeinerem Interesse sein und daher erlaube ich mir, denselben zu publiciren.

Henrik Köhtävä, 25 Jahre alt, Sohn eines Fröhners aus Kalajoki (Finnland). Die Eltern leben und sollen gesund sein, ebenso giebt der Patient an, dass seine 2 Schwestern und 4 Brüder gesund seien. Im Alter von 14 und 15 Jahren soll Patient während zweier Jahre ohne nachweisbare Ursache an einem heftigen Kopfschmerz, vorzugsweise in der Stirngegend gelitten haben, welcher sich gewöhnlich des Nachmittags, bisweilen schon zur Mittagszeit einzustellen pflegte und dann den ganzen Abend hindurch anhielt, bis der Patient einschlief. Zur Zeit der Schmerzen war Patient meist gezwungen das Bett zu hüten, weil bei Bewegung gewöhnlich Erbrechen eintrat. Dieser periodische Schmerz verschwand später allmählich von selbst und der Patient behauptet, bis zu seinem 20. Jahre vollkommen gesund gewesen zu sein. Damals, im September 1879, empfand er während der Arbeit auf einem Acker, beim Aufheben einer schwereren Last, plötzlich einen unbehaglichen reissenden Schmerz in der Herzgrube, worauf er sofort nach Hause eilte. Kaum heimgekommen, hatte Patient ein Gefühl von Spannen im linken Auge, speciel im inneren Augenwinkel, wozu sich fast unmittelbar ein Schwindelanfall mit Benommenheit (nebst Unvermögen zu reden) gesellte, welcher ein paar Minuten gewährt haben soll; irgend ein Krampf sei damals, wie der Patient glaubt, nicht aufgetreten. Gleich nach der Attacke habe der Patient sich wieder wohlgefühlt.

Ein Schlag oder Stoss, oder sonst eine äussere Gewalt, habe, behauptet der Patient, so weit er sich erinnern könne, weder bei dieser Gelegenheit, noch jemals vorher auf das Auge oder den Kopf eingewirkt; ebenso habe er nie früher irgend welchen Schmerz oder sonstiges Unbehagen im Auge gespürt.

Aehnliche Anfälle soll Patient dann im Laufe des Jahres, jedesmal nach dem Besuche der Badstube gehabt haben, sobald er nach dem Bade fertig geworden war, sich abzukühlen, wie er sich ausdrückt; in der Badstube spürte er Frostschauer längs des Rückens. — Im October 1880 soll Patient während der Nacht, mehr gegen den Morgen hin, einen schweren Anfall mit vollkommener Bewusstlosigkeit und Krämpfen gehabt haben, nachdem er am Abend vorher einem Schreck ausgesetzt gewesen war. Hierauf wurden die Anfälle häufiger, traten fast in jeder Nacht auf, ausnahmsweise auch am Tage, waren jedoch meist leichter, ungefähr wie im Beginn; nur dann und wann, nach der Angabe ein paar Mal im Monat, sollen schwerere Anfälle mit Verlust des Bewusstseins und mit Krämpfen vorgekommen sein, wobei Patient sich häufig in die Zunge gebissen habe.

*) Ziemssen's Handbuch der spec. Pathol. und Theraphie. Band XII. 2. pag. 263.

Im Herbst 1881 soll der Patient während längerer Zeit Arznei (Bromkali) eingenommen haben, unter deren Einfluss die Anfälle etwas abgenommen hätten. Späterhin hätten die Anfälle wieder zugenommen, so dass der Patient meistentheils einmal in der Woche einen schwereren, und 5—6 leichtere Anfälle, bisweilen sogar 9 Anfälle in der Nacht gehabt habe, in der Regel mehr gegen den Morgen, höchst selten am Tage. Den Anfällen gehe ein spannendes und ziehendes Gefühl in der Region des inneren linken Augenwinkels und im Innern der linken Nasenhälfte, an der Nasenwurzel, voraus, welches von dort gewissermassen aufsteige. Der Patient erwacht immer vor dem Anfalle. Der Patient wurde am 4. September 1884 in die Abtheilung für Nervenkranke an der hiesigen Universitäts-Klinik aufgenommen.

Status praesens am 6. September 1884. Der Patient ist kräftig gebaut, hat eine frische Gesichtsfarbe, doch ist das Gesicht leicht congestionirt. Die Intelligenz erscheint normal, das Denkvermögen jedoch vielleicht etwas träge. Das Gedächtniss soll etwas abgenommen haben. Der Patient giebt an, dass er meist den ganzen Tag über eine gewisse Schwere im Kopf und ein leichtes Gefühl von Spannung und Ziehen im linken inneren Augenwinkel, und von dort nach Innen und längs der Nasenwurzel nach Unten verspüre, so dass er beständig auf der Hut sein müsse, wie er sich ausdrückt, dass der Anfall nicht auftrete. Der Anfall beginnt nämlich in der Weise, dass diese spannende Empfindung sich plötzlich steigert und gleichzeitig, gewöhnlich während einiger Minuten, ungefähr wie ein Ziehen nach Innen gefühlt wird, zugleich herrscht die Empfindung als ob etwas, einem Hauche ähnlich, in der linken Nasenhöhle emporstiege, welche gleichzeitig oder etwas früher wie verstopft erscheint. — Ein jeder Druck oder Berührung der genannten Region soll häufig einen Anfall hervorrufen, in der Regel leichterer Art. So z. B. sagt der Patient, dass wenn er sich gewaschen und dabei diese Gegend berührt habe, dann und wann ein Anfall aufgetreten sei, ebenso kam es vor, dass ein scharfer Wind gegen das Gesicht, einen Anfall erzeugte. — Durch leichten Druck und Reiben des linken oberen Augenlides, wodurch das erwähnte Gefühl plötzlich gesteigert wurde, rief ich einen Anfall hervor und sah dabei zunächst eine Zusammenziehung der linksseitigen Gesichtsmuskeln eintreten, welche sich unmittelbar auf den linken Arm und die ganze linke und wie es schien, zuletzt auf die rechte Körperhälfte fortpflanzte. Der Patient wurde dabei etwas zusammengezogen, nach vorn und auf die linke Seite ohne jedoch von seinem Stuhl zu fallen und ohne gänzlich sein Bewusstsein zu verlieren; nach 1 bis 2 Minuten erfolgte auf einige Augenblicke ein leichtes Zittern des Körpers, die Pupillen waren während dessen dilatirt, das Gesicht stark congestionirt und Schaum trat aus dem Munde. Nach dem Anfall fühlte der Patient während etwa $^1/_2$ Stunde eine Eingenommenheit des Kopfes.

Bei einer, eine Stunde später angestellten Untersuchung, gab der Patient an, dass die leichteren Anfälle gewöhnlich dem letztgeschilderten glichen, während er in den schwereren Anfällen, welche meistentheils 1 bis 2 Mal wöchentlich auftraten, das Bewusstsein vollkommen verliere und

der Krampf so heftig sei, dass er oft aus dem Bette falle und sich auch in die Zunge beisse. (An der Zunge fanden sich auch die Spuren früherer Bisse.) Dabei gab der Patient an, dass nach einem solchen Anfall die Spannung im inneren Augenwinkel verschwinde und dass man darauf eine kurze Zeit lang diese Partie unbehindert berühren könne; bei einem Versuche mit verschiedenen Manipulationen am Augenlide und der Nasenwurzel gelang es nicht mehr einen Anfall hervorzurufen. Bei einer darauf angestellten Besichtigung dieser Partieen, wie auch der Nasenhöhle konnte weder etwas Abnormes, noch ein Unterschied zwischen den beiden Seiten bemerkt werden. Die Pupillen waren gleich gross und reagirten auf beiden Seiten gleich, ebenso war die Sehschärfe auf beiden Seiten gleich. Auch durch die von einem Specialisten angestellte ophthalmoscopische Untersuchung konnte nichts Abnormes entdeckt werden. Der Patient ist gegen einen Druck auf eine Region über und vor dem Ohre an der linken Seite des Kopfes etwas empfindlich. Die Sensibilität in der linken Stirn- und Schläfengegend, besonders in der nächsten Umgebung des Auges, am linken Augenlide und dem angrenzenden Theile der Nase, wie auch unter dem Auge, erweist sich vermindert, sowohl gegen Berührung (Patient kann z. B. nicht genau bestimmen, ob die Berührung mit der Spitze oder dem Kopfe einer Nadel geschah), als gegen Schmerz und thermische Reize, ebenso ist die farado-cutane Sensibilität, bei einer Prüfung mittels der Erb'schen Elektroden, deutlich herabgesetzt, im Vergleich mit der anderen Seite. Bei einem Druck im Nacken, zwischen Atlas und Hinterhaupt, empfindet der Patient eine eigenthümliche Spannung und einen leichten Schmerz in der Stirn und besonders in beiden Schläfen, desgleichen beim Druck auf den 4. Dorsalwirbel ein Gefühl von Vertaubung in den Fingern, deutlicher auf der linken Seite.

Von Seiten der übrigen Organe liegt nichts Bemerkenswerthes vor.

Wegen der, ein paar Mal in der Woche, in der Regel während der Nacht auftretenden schwereren Anfälle, wurde der Patient auf der Diele gebettet. Innerlich wurde Bromkali verabreicht, zu 4 Gramm pro die. —

10. Oktober. Die Anfälle waren anfangs seltener geworden, doch wurden sie bald wieder beinahe ebenso zahlreich wie vorher, die Dosis des Bromkali wurde erhöht bis zu 6 Gramm pro die. Im übrigen war der Zustand ungefähr wie früher.

25. *Oktober.* Die Anfälle traten seltener ein, gewöhnlich 3—4 während der Nacht; der Patient erwachte jedesmal vor dem Anfall.

Der Patient wurde Abends auf einer Versammlung der finnischen Aerzte vorgestellt, wobei auf die gewöhnliche Weise ein epileptischer Anfall hervorgerufen wurde.

27. Oktober. Die galvanische Behandlung wurde begonnen; jeden Tag um 9 Uhr am Morgen wurde der positive Pol (in Form einer Schwammelektrode) ein paar Minuten lang am linken Auge und dem Nasenrücken, in der Stärke von 2—3 Milliampère applicirt, der negative Pol im Nacken. Die Bromkali-Dosis wurde auf 4 Gramm herabgetzt.

14. November. Bei einer der ersten Sitzungen trat ein Anfall ein, fast unmittelbar nach Application des Schwammes auf das Auge, ebenso bei einer anderen Sitzung, wie es schien desshalb, weil die Stromstärke etwas zu plötzlich gesteigert wurde. Dagegen ist es wiederum einige Male vorgekommen, das der Patient beim Beginn der Sitzungen, an der gewöhnlichen Stelle, deutliche Empfindungen vom Herannahen des Anfalles hatte, dass diese sich aber sehr bald vollständig verloren, wobei die Stromstärke mit der grössten Vorsicht gesteigert wurde. Der Patient gibt an, dass er jedesmal nach der Galvanisation eine Erleichterung im Kopfe gespürt habe und dass ebenso das Gefühl von Spannung im Augenwinkel verschwunden gewesen sei; diese Erleichterung hat in der letzten Zeit häufig bis 5—6 Uhr Nachmittags angehalten; gleichzeitig gibt der Patient an, dass das spannende Gefühl, wenn es auftritt, mehr als früher im Inneren der Nasenhöhle an der Nasenwurzel, als im Augenwinkel selbst empfunden werde. Die Anfälle sind meistentheils 2—3 Mal bisweilen auch nur ein einziges Mal in der Nacht aufgetreten und sind mehr gegen den Morgen vorgerückt, auch im Allgemeinen leichterer Art gewesen; so ist in der letzten Woche kein schwerer Fall vorgekommen, weshalb der Patient nunmehr eine Bettstelle erhalten hat, statt wie bisher auf der Diele zu liegen. Durch ein etwas länger fortgesetztes Manipuliren am linken Auge und dem angrenzenden Theil der Nasenwurzel, gelang es, einen Anfall hervorzurufen, welcher ungefähr den vorhergegangenen glich. Der Patient erzählt, dass er vor einigen Tagen hinaus an die frische Luft gegangen war, wobei ihm damals der Wind scharf ins Angesicht geweht und dass er davon einen Anfall gehabt habe. Es wurde angefangen auch des Abends um 6 Uhr zu galvanisiren.

13. Dezember. Die Zahl der Anfälle gewöhnlich 1—2 zur Nachtzeit, höchst selten am Tage; ein schwerer Anfall ist seit Ende Oktober nicht vorgekommen. Der Kopf ist den grössten Theil des Tages frei; der Patient sagt, er könne sich z. B. schon seit einiger Zeit schnäuzen, ohne dadurch einen Anfall hervorzurufen, was früher häufig geschehen war. Die „Aura" vor dem Anfall wird nunmehr in der linken Augen- und Nasengegend sehr schwach empfunden, dagegen hat der Patient das Gefühl, als ob Etwas wie ein Hauch, im Innern des Halses, mehr an der linken Seite, emporsteige. Die Länge der Sitzung wurde allmählich ausgedehnt auf 4—5 Minuten, die Stärke bis zu 4 resp. 6 Milliampère erhöht.

10. Januar 1885. Die Anfälle wurden allmählich immer leichter (1 resp. 2 in der Nacht). Die Aura vorzugsweise im Halse, oft macht sich eine kurze Zeit vor dem Anfall eine leichte Steifheit der Zunge bemerkbar. Versuchsweise wurde Bromkali ausgesetzt, wovon 4 Gramm täglich genommen waren. (Es war schwere Bromacne vorhanden). Das Galvanisiren wurde Morgens und Abends fortgesetzt.

24. Januar. Die Anfälle haben sich bisweilen 3 Mal des Nachts wiederholt, sind 2 Mal etwas schwerer gewesen als früher, doch ist kein besonders schwerer Anfall vorgekommen. Die Galvanisation wird ausgesetzt.

18. Februar. Die Häufigkeit der Anfälle hat allmählich zugenommen bis 5 resp. 6 in der Nacht, auch sind dieselben bisweilen sehr schwerer Natur gewesen, so dass der Patient ein Mal aus dem Bett gefallen ist. Es wurde wieder mit Bromkali begonnen zu 6 Gramm pro die.

15. März. Die Anfälle wieder seltener, 1 resp. 3 in der Nacht; ein schwererer Anfall ist nicht vorgekommen. Die Aura hat sich wieder vorzugsweise in den innern Augenwinkel und die Nasenwurzel hin verzogen. Es gelang durch leichtes Manipuliren am linken Auge einen Anfall hervorzurufen; jedoch glückte das nicht an den angrenzenden Partieen der Stirn- und Schläfengegend, wo die Sensibilität gleichfalls etwas herabgesetzt war.

12. April. Die Zahl der Anfälle wieder zugenommen, 5 – 6 in einer Nacht, darunter einige schwerere. Allmählich hat sich auch wieder die Eingenommenheit des Kopfes eingestellt, welche jetzt fast den ganzen Tag hindurch gefühlt wird. Zwei begrenzte Stellen, etwas nach Oben und Hinten von jedem Ohr, sind ein wenig empfindlich, ebenso fühlt der Patient Schmerz beim Druck auf die linke Supraorbitalregion. Die Galvanisation wurde wieder aufgenommen, wie früher Morgens und Abends.

2. Mai. Der Kopf ist wieder den grössten Theil des Tages frei. Die Anfälle gewöhnlich 3—4 Mal in der Nacht, leichterer Natur. Grosse Bromfinnen; mit Bromkali aufgehört.

11. Mai. Mit Ausnahme zweier etwas schwereren Anfälle, blieb der Zustand ungefähr derselbe. Es wurde wieder mit Bromkali zu 6 Gramm pro die. begonnen.

22. Mai. Seit einigen Tagen wurde Bromkali nicht mehr genommen, dagegen die Galvanisation fortgesetzt. Die Anfälle sind in der letzten Zeit nur 1—2 mal des Nachts aufgetreten und leichter gewesen, bisweilen sind sie ganz ausgeblieben. Einige Mal ist auch am Tage ein leichter Anfall vorgekommen. Meist fühlte der Patient keine Schwere im Kopf, nur vor dem Anfall wird das Gefühl einer leichten Spannung im Halse und desgleichen im innern Augenwinkel und an der Nasenwurzel wahrgenommen. Durch längere Zeit fortgesetztes Manipuliren an den genannten Orten gelang es einen leichten Anfall hervorzurufen. Bei einer Prüfung der Sensibilität erwies sich dieselbe ein kleinwenig herabgesetzt, in der Umgebung des linken Auges und den Lidern, in geringerem Grade, deutlicher in der Stirngegend. Der Patient wurde ausgeschrieben und ihm zugeredet, sobald die Bromacne abgenommen hätte, wieder mit dem Gebrauche des Bromkali zu beginnen.

Wie aus der Krankengeschichte hervorgeht, liegt hier ein Fall einer deutlich ausgeprägten epileptogenen Zone, ohne nachweisbare peripherische Ursache vor. Besonders interessant ist die in diesem Fall constatirte Herabsetzung der Sensibilität, sowohl dieser Zone als ihrer nächsten Umgebung, in Uebereinstimmung damit, was Brown-Séquard und später auch Westphal an ihren Versuchsthieren (Meerschweinchen) constatirt haben, und im Gegensatz dazu, was gewöhnlich an den epileptogenen Zonen der Fall zu sein pflegt, welche im Zu-

sammenhang mit einem vorhergehenden Trauma oder einer anderen peripherischen Ursache stehen. Das steht auch im Einklang mit der Auffassung der Epilepsie als einer Cortical-Affection und damit, dass die Sensibilitätsstörungen auf begrenzten corticalen Läsionen beruhen können, und dürfte vielleicht zu Gunsten von Munk's Ansicht ausgeführt werden können, dass seine sog. „Fühlsphäre“ mit den psychomotorischen Regionen zusammenfalle. — Die Ausbreitung der Krämpfe über die einzelnen Muskelgruppen lässt sich in diesem Fall ziemlich gut verfolgen, sie entspricht ungefähr der anatomischen Lage der verschiedenen motorischen Centren in der Hirnrinde.

Wie aus der Krankengeschichte ersichtlich, wirkte der Galvanismus, wenn auch nur für eine kurze Zeit, etwas herabstimmend auf das epileptogene Vermögen der epileptogenen Zone und verminderte die Zahl der Anfälle. —

II. Original-Vereinsberichte.

Verein deutscher Aerzte in Prag.

Sitzung vom 19. Februar 1886.

133) Prof. Dr. **Alfred Pribram**: *Zur Kasuistik der Tabes.*

Vortragender demonstirt zunächst einen Kranken, bei welchem er im Juni 1885 anlässlich einer ambulatorischen Untersuchung die Grunderscheinungen der Tabes, Fehlen der Patellarreflexe, Romberg'sches Phänomen, deutliche Ataxie, reflektorische Pupillenstarre, lanzinirende Schmerzen hatte constatiren können, während zu gleicher Zeit leichte Ptosis des linken obern Augenlids und leichte Erweiterung der linken Pupille dagewesen war. Eine zu jener Zeit eingeleitete Ergotinbehandlung hatte keinen Nutzen gebracht.

Als der Kranke ein halbes Jahr später in die Klinik eintrat, war neben einer bedeutenden Steigerung der früheren Erscheinungen und insbesondere hochgradiger Ataxie bereits eine so bedeutende motorische Schwäche der Unterextremitäten vorhanden, dass der Kranke bei offenen Augen nur minutenlange neben dem Bette an das letztere angeklammert stehen konnte.

Dabei hat sich ausgesprochene Lähmung des Rectus oculi superior und des Obliquus inferior mit den entsprechenden Doppelbildern und Schwindelerscheinungen entwickelt, zu welcher sich bald auch Lähmung des Rectus internus und inferior gesellte, so dass nur die vom Trochlearis und Abducens versorgten Muskeln intact blieben. Die Augenspiegeluntersuchung und die Gesichtsfeldbestimmung ergaben normale Verhältnisse, die Sehschärfe des linken Auges war etwas herabgesetzt, das rechte Auge bis auf das Robertsohn'sche Phänomen intakt.

An den unteren Extremitäten, namentlich der linken, bestand ein schmerzhaftes Kältegefühl. Temperaturdifferenzen wurden undeutlich wahrgenommen, das Tastgefühl war etwas vermindert, das Schmerzgefühl normal, keine nachweisbar verspätete Leitung.

Anamnestisch liess sich eruiren, dass der Kranke vor 14 Jahren ein Ulcus mit indurirtem Grunde ohne angeblich weitere Erscheinungen überstanden hatte und dass bei seiner Frau zwei Aborte und drei Geburten wenig lebensfähiger und bald absterbender Kinder stattgefunden hatten. Einige Cervicaldrüsen waren härtlich intumescirt, beweglich, sonst keine Spur einer syphilitischen Erkrankung vorhanden. Den Beginn der tabetischen Erscheinungen datirte der Kranke auf 3 Jahre, jenen der okularen auf 2 Jahre zurück.

Seit längerer Zeit bestanden Kardialgien, welche zwar den Crises gastriques ähnelten, jedoch hie und da von Bluterbrechen begleitet waren. Ein Versuch mit Jodkalium zeigte keinen raschen Erfolg und musste wegen des eben angeführten Umstandes ausgesetzt werden.

Eine leichte Schmierkur hatte Anfangs deutliche Besserung zur Folge, wurde dann wegen erneuter heftiger Kardialgien ausgesetzt. (Cocainpillen schienen die letzteren zu lindern; eine anhaltende Schlaflosigkeit wich auf die Anwendung von Urethan). Die nun versuchte kutane Faradisation und Galvanisation des Rückenmarkes blieben erfolglos.

Es wurde nun neuerdings eine, diesmal intensive Inunktionskur eingeleitet und während 7 Touren der letzteren trat eine so rasche Besserung ein, dass der gegenwärtig der Versammlung vorgestellte Kranke rasch und sicher mehrere hundert Schritte aufrecht, wenn auch mit etwas stampfendem Gange und auswärts gestellten Fussspitzen, zu gehen im Stande ist und den grössten Theil des Tages ausser Bett zubringt. Auch die übrigen Erscheinungen sind bedeutend zurückgegangen, das Körpergewicht hat um 2 Kilo zugenommen, nur die Erscheinungen am Auge sind mit Ausnahme einer leichten Besserung der Ptosis unverändert geblieben. Die elektrischen Reactionen der Muskeln und Nerven waren jeder Zeit normal.

Die Vorstellung des Kranken gibt dem Vortragenden Anlass, zunächst die in zwei Reprisen beobachtete auffallende Besserung durch die Quecksilberkur betonend, auf das in neuerer Zeit von vielen Seiten angenommene (F o u r n i e r, E r b, A l t h a u s, M o e b i u s u. A.), von Anderen (L e y d e n, W e s t p h a l etc.) ebenso bestimmt in Abrede gestellte Verhältniss der Tabes zur Syphilis einzugehen. Es lasse sich nicht bestreiten, dass in der Anamnese der Tabetiker eine venerische Infektion mit überwältigender Häufigkeit (bis über 90 Proz. im Maximum) nachweisbar sei, ein grosser Bruchtheil dieser Zahl entfalle auf wirkliche syphilitische Affektionen. Gleichwohl sei in der ungeheuer überwiegenden Zahl dieser Krankheitsfälle eine antisyphilitische Behandlung gegen die tabetischen Erscheinungen erfolglos.

Als Beispiel führt der Vortragende einen kürzlich beobachteten Fall an, wo 15 Jahre nach der Primärinfektion und nach Ueberstehen einer ganz unzweifelhaften Reihe kutaner und pharyngealer Zwischenaffektionen eine typhische, zu Levatorlähmung und Hemiparese führende Hirnsyphilis durch eine Schmierkur rasch geheilt, während eine zwei Jahre später einsetzende typische Tabes aller antisyphilitischen Behandlung trotzend, sich unaufhaltsam weiter entwickelte, bis der

Kranke später einer auf Pleuritis folgenden Tuberculose erlag. Daneben sei wieder eine, wenn auch geringe Zahl unter dem Bilde der Ataxie locomotrice verlaufender Fälle bekannt, welche durch ein antisyphilitisches Verfahren geheilt worden sind. Unter solchen Verhältnissen liegt es nahe, nach der Ursache dieses verschiedenen Verhaltens zu fragen.

Niemand werde erwarten, eine bereits ausgebildete Sklerose der Hinterstränge zur Rückbildung zu bringen, aber es sei auch bekannt, dass man ebensowenig die aus der Hirnsyphilis hervorgegangenen terminalen Veränderungen ebenso wie die syphilitischen Haut- und Knochennarben therapeutisch nicht beseitigen könne; in einem früheren Stadium dagegen sei eine Heilbarkeit um so eher denkbar, als es sich ja nicht in all' diesen Fällen um die den Symptomenkomplex der Tabes gewöhnlich herbeiführende Systemerkrankung handeln müsse, sondern anderartige Veränderungen in den Hintersträngen und äusseren Wurzelzonen bei gleicher Lokalisation die gleichen Funktionsstörungen herbeiführen können.

Als Beispiel führt der Redner den von Westphal in einem Falle von unzweifelhafter Syphilis beobachteten parenchymatösen Entzündungsprozess in den Hintersträngen und den von Fr. Schulze beschriebenen ähnlichen Erkrankungsfall an.

Ein zweiter Umstand, der bei dem vorgestellten Krankheitsfalle bemerkenswerth ist, betrifft die Augenmuskellähmung. — Aus den Umständen des Falles der Reihe nach eine intraorbitale, und intracranielle extracerebrale Erkrankung des. Okulomotorius ausschliessend, gelangt der Vortragende dahin den Sitz der Erkrankung in die am Boden des dritten Ventrikels entspringenden Wurzelbündel selbst zu verlegen, indem er die Eigenthümlichkeiten der nuklearen Augenmuskellähmungen auseinandersetzt und die eigenthümliche Reihenfolge des beobachteten Eintrittes der Lähmungen zur Lokalisation heranzieht.

Ein zweiter vorgeführter Fall einer in der Heilung begriffenen akut beginnenden und bis zur vollständigen Paraplegie gediehenen *multiplen Neuritis*, bei welcher gegenwärtig neben hochgradiger Atrophie der betroffenen Muskeln dennoch bereits ein, wenn auch mühsames breitspuriges Umhergehen möglich ist und neben Enartungsreaktion und hochgradigen Sensibilitätsstörungen die Patellarreflexe fehlen, gibt dem Vortragenden Anlass zur Besprechung der von französischen Autoren sogenannten Neurotabes peripherique und deren Differentialdiagnose von der eigentlichen Tabes,owie zu der Andeutung, dass geheilte Fälle dieser Art zu diagnostischen Irrthümern Anlass geben und in die Zahl der vermeintlich geheilten Tabesfälle eingerechnet werden könnten.
O.

III. Referate und Kritiken.

139) **Conrad Rieger** (Würzburg): Eine exacte Methode der Craniographie. (Jena, Fischer 1885. 46 Seiten, Tafeln und Holzschnitten.)

Verf. theilt hier eine Methode mit, die er selbst ersonnen und seit Januar 1880 ununterbrochen kritisch geprüft und nach Kräften

verbessert hat. Sie stellt sich zur ausschliesslichen Aufgabe denjenigen Raum genau zu bestimmen, welchen das *Grosshirn* einnimmt und ist sowohl für den Kopf des Lebenden wie für den sklettirten Schädels verwendbar. Sie hat mit „Craniometrie“ und „Cranioscopie“ nichts zu thun, sondern sie stellt in geometrischer Zeichnung den Grosshirnraum auf Papier dar; „exact“ wird sie vom Verf. mit Recht genannt weil sie auf mathematischer Grundlage steht, auf Abscissen und Ordinaten beruht. Soweit es ohne Zeichnungen möglich ist will ich versuchen den Inhalt des geistvollen kleinen Buches hier wiederzugeben mit der sehr hervorgehobenen Betonung, dass kein Psychiater und Anthropologe das Studium dieser Schrift versäumen sollte.

Die ganze Construction Rieger's baut sich auf die *Horizontalebene* des Schädels auf; ist diese falsch gelegt, so wird die ganze Rechnung falsch. Er verwirft aus berechtigten Gründen (vergl. Original) die s. g. natürliche oder physiologische Horizontalebene und construirt, namentlich auf Grund seiner am Medianschnitt des Schädels angestellten Beobachtungen und Messungen, eine Grundebene, die durch eine Linie bestimmt ist, die vorn von dem Winkel ausgeht, in dem der verticale und horizontale Theil des Stirnbeins in einander übergehen, und hinten am oberen Rande des sulcus transversus des occiput endigt, der Ansatzlinie des tentorium cerebelli. Sie befindet sich also vorn und hinten *am Boden* der Grosshirnkapsel. Durch diese Linie wird eine zum Horizont überall gleich geneigte Ebene gelegt, also eine Horizontalebene, wenn die Linie selbst horizontal gestellt wird. Der vordere Bestimmungspunkt sowohl am Lebenden wie am Skelettschädel liegt da, wo die Verlängerung des Nasenrückens nach oben die Verbindungslinie der oberen Augenhöhlenränder schneidet. Der hintere Bestimmungspunkt — die zu seiner Festsetzung angestellten höchst interessanten vergleichend-anatomischen Erörterungen müssen im Orig. nachgelesen werden — ist die Protuberantia occipitalis externa. Ich will hier gleich bemerken, dass bei der Construction die Lage dieser Ebene am Schädel durch Umlegen eines Gummiringes bezeichnet wird.

Ausser dieser *Grundebene* sind bei jeder Schädelzeichnung noch die *Medianebene* und dann einige quer über die Hirnkapsel verlaufende *Frontalbögen* aufzunehmen und auf Papier zu übertragen. Die Construction vollzieht sich folgendermaassen:

Aus zwei leichten Bindfäden wird ein Kreuz hergestellt, dessen 4 Enden durch Bleiklötzchen beschwert werden. Der Knoten des Fadenkreuzes wird auf den Scheitel in die Medianlinie gelegt, und zwar so, dass er möglichst genau in die kürzeste Linie zwischen Nasenrücken und Protub. occ. ext. zu liegen kommt. Zwei Schenkel des Fadenkreuzes laufen nun, einer vorn über den Nasenrücken, der andere in die Nackenfurche hinab. Die anderen werden quer über den Schädel gelegt und ihre Fusspunkte durch die vordere Wand der äusseren Gehörgänge bestimmt. Es handelt sich nun um die Feststellung der Punkte, in denen dieses Fadenkreuz die Grundebene schneidet. Die letztere ist, wie bereits erwähnt, durch einen Gummiring bezeichnet. Dieser muss — richtig anatomisch und horizontal angelegt — seitlich

etwas über der äusseren Ohröffnung liegen. Die durch die Ohröffnung bestimmten Querschenkel des Fadenkreuzes schneiden den Gummiring *über* ihr und diese Schnittpunkte geben die *seitlichen Fusspunkte des Systems.* Für den Lebenden ergiebt sich dadurch auch die Annnehmlichkeit, dass der Gummiring *hinter* den Ohrmuscheln liegt.

Es liegen also auf diese Weise an dem zu messenden Schädel eine *Horizontalcurve* und die *mediane Sagittalcurve,* letztere durch die Längsschenkel des Fadenkreuzes bestimmt. Diese Curven werden in folgender Weise auf Papier übertragen.

Zu den Aufnahmen wird Millimeterpapier verwendet. Zuerst werden die Axen aufgetragen. Die mediane Längsachse wird mit scharfspitzigem Tasterzirkel gemessen, an einem Maasstabe bestimmt und dann in halber Länge zu beiden Seiten eines Nullpunktes aufgetragen. (Ist die ganze Länge der med. Längsachse z. B. 166 Millimeter so werden auf jeder Seite vom Nullpunkt 83 eingetragen und die Grenzpunkte bei 83 roth markirt.) Dann macht man es mit der Querachse, die die beiden seitlichen Fusspunkte verbindet, ebenso; ihre Eintragung geschieht von demselben Nullpunkte aus. Das ist natürlich nur eine vorläufige Construction, die der Wirklichkeit nicht entspricht. Ihre Correctur vollzieht sich folgendermaassen. Von den seitlichen Fusspunkten am Schädel aus wird mit einem gewöhnlichen Zirkel die Distanz sowohl nach dem vorderen wie nach dem hinteren Fusspunkt gemessen und auf das Papier übertragen in Form von Verbindungsstrichen der seitlichen Fusspunkte mit dem vorderen und hinteren Längsfusspunkt. Diese hinteren und vorderen Schnittpunkte auf der zuerst gezeichneten Längsachse fallen nun fast nie mit deren Endpunkten zusammen d. h. die Länge muss immer dieselbe bleiben, aber nicht die Lage. Aber erst jetzt ist die Längsachse in ihr richtiges Verhältniss zur Querachse gerückt. Nun mehr können die Curven gelegt werden. Man setzt die Horizontalcurven aus 4 Theilen zusammen, indem man einen biegsamen unelastischen Bleidraht zuerst vom rechten seitlichen Fusspunkt zum vorderen Anfangspunkt legt, dann ebenso vom linken, und schliesslich ebenso je zum hinteren Endpunkt der medianen Sagittalachse. Die Formen des Bleidrahts, die sich dabei ergeben, werden nun durch Nachzeichnen mit Bleistift auf das Papier übertragen, wobei die Endpunkte des Drahtes genau in die fixirten Punkte der Zeichnung passen müssen. Dabei ergiebt sich auf's Genaueste die Horizontalcurve, die als erste roth eingetragen wird. Eine zweite höher gelegene — ein zweiter Gummiring oberhalb des ersten — wird blau eingezeichnet.

Dasselbe Princip wird auf die mediane Sagittalcurve und einige, beliebig anzulegende Frontalcurven angewendet. Für die verschiedenen Curven sind verschiedene Farben zu benutzen.

So bietet eine solche craniographische Aufnahme scheinbar ein buntes Durcheinander, aber bei Kenntniss der Sache liest man auf ihr unveränderbar die Projection der Schädelverhältnisse in durchaus mathematisch genauer, und durchaus übersichtlicher Weise.

Damit habe ich nur eine skizzenhafte Andeutung des reichen Stoffes gegeben, den Rieger hier bietet und muss, wie ich wiederhole, auf das eingehende Studium dieser Methode verweisen, die zweifellos an Genauigkeit alle bisher üblichen weit hinter sich zurücklässt.

Die Ausstattung ist eine äusserst reiche und gereicht der Verlagshandlung zur grossen Ehre. Erlenmeyer.

---

140) **G. Luys** (Paris): Nouvelles expériences à propos de la mobilité intracranienne du cerveau. (Neue Experimente über die Beweglichkeit des Gehirns innerhalb der Schädelhöhle.) (Gaz. des Hôp. 1885 Nro. 148.)

Aus den an gefrorenen Leichen angestellten Untersuchungen geht hervor, dass die Gehirnlappen bei horizontaler Lage des Körpers nur bis an die Tubera frontalia, bei verticaler Lage dagegen bis fast an das Schädelgewölbe reichen und dass sonach auch intra vitam das Gehirn mit der Stellung des Kopfes seine Lage unter Mitwirkung der Arachnoidea, ändert. Pauli (Köln).

---

141) **Lovell** (Sydney): Compound comminuted fracture of de skull, abscess on the dura mater, hernia cerebri, abscess in the brain, operation, recovery. (Complicirte Schädelfraktur, Abscess in der dura mater, hernia cerebri, Hirnabscess, Operation, Heilung.) (The British Medicin. Journal 16. Januar 1886.)

Ein 4½ Jahre altes Kind zog sich am 3. März 1885 durch einen Fall eine complicirte Fractur des rechten Stirnbeins zu mit Verlust von Hirnsubstanz; sofort Bewusstlosigkeit, 6 Stunden später Krämpfe, (meist linkseitig), die ebenso wie jene, bald vorübergingen; schnelles Vernarben der Wunde. Nach 14 Tagen Erbrechen, Hinterhauptsschmerz, Fieber: Entfernung eines necrotischen Knochenstückes, unter welchem die dura unverletzt, doch verdickt erscheint. Trotz antiseptischem Verbande fortbestehendes Fieber. Am 15. Mai Erscheinen einer taubeneigrossen hernia cerebri; abermalige Entfernung eines Knochenstückes, Bedecken der hernia mit Fleischlappen. Vom 20. Mai ab vollkommenes Wohlbefinden, obschon aus der sich mehr und mehr schliessenden Wunde zeitweise übelriechender Eiter ergossen wird. Am 1. August plötzlich rythmische Convulsionen der linksseitigen Gesichtsmuskeln, beider Augenlider, der Flexoren und Pronatoren des linken Armes, der Rotatoren des linken Oberschenkels. Die Sonde ergiebt einen Abscess in den betreffenden Stirnlappen. Nach Erweiterung der Fistel durch eine 1½ Zoll tief eindringendes Messer entlerte sich unter Mitwirkung des Irrigators fast zwei Unzen übelriechenden (Schwefelwasserstoff) Eiters. Die Abscesshöhle schien sich fast bis zum hinteren Theile der lamina cribrosa des Siebbeins zu erstrecken. Drainage, Ausspülen mit Carbolsäure. Nach der Operation linksseitige Hemiplegie, die andern Morgens schon verschwand. Am 15. August Entfernung des Drainohres. Vollständige Heilung seit 13. September. Voigt (Oeynhausen).

---

142) **Julius Althaus** (London): Ueber Sclerose des Rückenmarks einschliesslich der Tabes dorsalis und anderer Rückenmarkskrankheiten. (Mit 9 Abbildungen. Leipzig, Otto Wigand.)

Es ist eine Unterlassungssünde, dass wir nicht schon längst einige empfehlende Worte über dieses Buch für diese Blätter geschrieben haben. Wenn es auch keine neuen Untersuchungen enthält, so ist es doch mit grosser Sachkenntniss, gestützt auf jahrelange praktische Beobachtungen verfasst. Es ist so recht ein Buch eines Praktikers für den praktischen Arzt und wird letzterem vorkommenden Falles vorzügliche Dienste leisten. Seine Hauptzierde sind die zwar kurzen, aber instruktiven Krankengeschichten, die zum Belege der Behauptungen sehr zahlreich eingestreut sind. In der Einleitung gibt Verf. eine anatomische Uebersicht des Rückenmarksbaues und beginnt im zweiten Capitel mit der pathologischen Anatomie der Tabes, welche naturgemäss in dem Werke den breitesten Raum einnimmt. Ueberall sucht Verf. aus den vielen Hypothesen *seine eigene* Meinung zur Geltung zu bringen. Bei dem Capitel Aetiologie erwähnt Verf. mit Nachdruck den Einfluss der *Syphilis* und macht die Gegner mit Recht darauf aufmerksam, dass die Geringschätzung der Statistik schwer begreiflich sei, da man doch sonst allgemein die statistische Untersuchung als Beweismittel verwendet. Althaus rechnet 86,5% heraus und kommt somit den Zahlen von Fournier, Erb, Voigt etc. sehr nahe. Die Prophylaxe der Syphilis ist desshalb auch die beste Therapie der Tabes und gerade die systematische Behandlung der Lues im Anfange ihrer Entstehung wird vom Verf. ausdrücklich betont. Versucht hat er auch in späteren Zeiten Jod und Quecksilber, wenn auch die Erfolge bei ausgesprochener Sclerose nicht gerade glänzende waren. Friedreich'sche Krankheit, spastische Spinalparalyse, amyotrophische Lateral-Sclerose, secundäre Seitenstrangsclerose, Sclerose der Goll'schen Stränge, multiple Sclerose, Pseudosclerose und combinirte Sclerose der Seiten- und Hinterstränge erleiden eine entsprechende Bearbeitung. Möbius hat die deutsche Ausgabe besorgt und Abkürzungen und Abänderungen, soweit es deutschen Verhältnissen angemessen erschien und ohne dem Originale zu nahe zu treten, angebracht. Wir empfehlen das Werkchen jedem, der sich für diese Materie interessirt. Druck und Papier sind gut, nur möchten wir bei einer eventuellen zweiten Auflage die Verlagsbuchhandlung ersuchen, die Autorennamen durch gesperrten Druck hervorzuheben.

Goldstein (Aachen).

---

143) **R. v. Hösslin** (München): Zur Casuistik der multiplen Neuritis. (Münch. med. Wochenschr. Nro. 3. 1886.)

Verf. beobachtete einen 49jährigen Mann, welcher bis auf ein ulcus ohne Secundärerscheinungen stets gesund gewesen war und vielleicht in Folge von Ermüdung oder Erkältung an einer rechtsseitigen Ischias erkrankte. Im weiteren Verlaufe traten Schmerzen in allen Extremitäten, einem Theil des Rumpfes und im linken Trigeminusgebiete auf. Von Lähmungen war nur die des linken Facialis und im

linken Radialisgebiet ausgesprochen. Complicirt war das Krankheitsbild durch vermehrte Respiration und Pulsfrequenz. Sprungweises Auftreten, ohne bestimmte Reihenfolge. Nach etwa 3 Monaten konnte Pat. seinen Beruf wieder aufnehmen.

Da in dem vorliegenden Falle die Bewegungsstörungen nur geringe waren, die Neuralgien und Hyperästhesien in den Vordergrund traten, die Druckempfindlichkeit der Nervenstämme fehlte oder gering war, so könnte man daran denken, dass hier vielleicht nur die Endverzweigungen der Nerven der Haut von dem neuritischen Process befallen waren. Allein dagegen spricht der Befund der electrischen Untersuchung. Sowohl in den Gebieten, in welchen Lähmungen zur Zeit der Untersuchung vorhanden waren, als auch in Nerven-Muskelgebieten, die früher niemals gelähmt waren, bestand Entartungsreaction (Remak, Löwenfeld, Fischer, Lilienfeld). Dies spricht doch dafür, dass es sich um tiefer gehende Läsionen der Nervenstämme handelte. Die bestehende Entartungsreaction war auch wesentlich für die Diagnose, da verschiedene andere sonst beobachtete Symptome fehlten, so z. B. waren die Patellarreflexe stets vorhanden. Die Therapie bestand in Morphiuminjectionen, Ruhe, constanten Strom und lauwärmen Bädern; daneben wurde 2 Gr. Jodkali pro die gereicht.

Goldstein (Aachen).

---

144) **Eulau** (Frankfurt a. M.): Ein Fall von multipler Neuritis.
(Berl. Klin. Wochenschr. Nro. 6. 1886.)

E. giebt die detaillirte Krankengeschichte eines von ihm beobachteten Falles, bei welchem er nach eingehender Prüfung und Besprechung der einzelnen Symptome die Stellung der Diagnose „multiple (degenerative) Neuritis“ für begründet erachtet. Der Fall selbst betrifft einen 53jährigen, früher gesunden, aus gesunder Familie stammenden Mann, der 6 Jahre vorher einen akuten Gelenkrheumatismus durchgemacht hatte. Seitdem häufig reissende Schmerzen in den unteren und oberen Extremitäten. Nach einer Ueberanstrengung seiner Beine entwickelte sich eine doppelseitige Ischias mit Kreuz- und Lumbarschmerzen, dadurch Gürtelgefühl. Unter fortdauernden, in Paroxysmen exazerbirenden, Schmerzen kam es zu Paralyse der Unterextremitäten mit Erlöschen der Reflexe und der electrischen Erregbarkeit, Sensibilitätsstörungen und fortschreitender Muskelatrophie. Dazu traten auf: Paresen und Sensibilitätsstörungen in den oberen Extremitäten; Vagusparese; Störungen in der Defäcation und Urinentleerung; profuse Schweisse; Decubitus; Glanzhaut der Finger; Ergrauen der Kopfhaare; Die Intelligenz blieb vollkommen frei.

Unter wesentlich symptomatischer Behandlung besserten sich allmählich die Erscheinungen, und verschwanden schliesslich; blos blieb ein Oedem des linken Fussgelenkes und ein eigenthümliches Gefühl in den Fusssohlen besonders beim Auftreten zurück „als wenn die Nerven mit einer Schraube zusammengezogen würden;“ ferner etwas Steifigkeit, taubes Gefühl und Atrophie der afficirten Finger der linken Hand.

Bastelberger (Eichberg).

---

145) **Grashey** (Würzburg): Ueber Aphasie und ihre Beziehungen zur Wahrnehmung. (Arch. f. Psych. XVI. 3. p. 684.)

Verf. beobachtete einen 27 jährigen Menschen, welcher in Folge von Trauma eine Sprachstörung acquirirte. Dieselbe bestand im Wesentlichen darin, dass der Pat. für *Objecte* welche er kannte, die *Namen nicht angeben* konnte, dass er aber die fehlenden Namen *niederschrieb* und dann aussprach, sie also von der Schrift ablas, oder auch blos von der Bewegung des Schreibens ablas, wenn er nämlich mit dem r. Zeigefinger sich in die linke Hohlhand schrieb und diesen Act mit den Augen controlirte. Es musste also, da das Centrum für die Objectbilder (das Erkennungsvermögen) offenbar erhalten war, entweder das Centrum für die Klangbilder nicht in Ordnung, oder die Verbindungsbahn (Associationsbahn) zwischen beiden Centren unterbrochen sein. G. glaubt nun, dass es sich in diesem Falle um eine Aphasie handele, welche durch *pathologische Verminderung der Dauer der Sinneseindrücke* auf das Objectcentrum beruhe. Das Hauptsächliche seiner Deductionen ist folgendes: Wenn der Pat. ein Object ansieht, so ist der Eindruck nur ein momentaner, er vergisst ihn sofort wieder ehe noch das Klangbild Zeit zum Zustandekommen hat. Der letztere Prozess dauert länger. „Es kann ja nicht ein bestimmter Theil des Objectbildes einen bestimmten Theil des Klangbildes erregen, sondern das Objectbild muss fertig sein und so lange dauern bis successive die einzelnen Theile des Klangbildes entstanden sind.“ Das *ganze* Objectbild muss demnach bis zur Vollendung des Klangbildes bestehen bleiben. Der Kranke kann von dem Objectbilde zum Klangbilde gelangen, wenn er die an und für sich kurzdauernden Objectbilder durch beständiges Betrachten fortwährend erneuert. Um nun zu verhüten, dass der erste Theil des Klangbildes bei Hervorrufung des neuen verloren gehe, kann Pat. sie z. B. auf die Schriftbahnen übertragen, sie also durch die Schrift fixiren. Die Leitung aber von den aus Symbolen bestehenden geschriebenen Worten zu dem Klangcentrum derselben und weiter dem Centrum der Sprachbewegungsvorstellungen und schliesslich Articulationsnerven sind als intact anzunehmen. —

Die Einzelheiten des Aufsatzes, welche nur durch äusserste Detaillirung und Beifügung von Schemata's der Leitungsbahnen und Centren verständlich gemacht werden könnten, entziehen sich einem Referat. Die Originalausführung selbst stellt an die Gründlichkeit des Lesers grosse Ansprüche. Langreuter (Eichberg).

---

146) **George T. Mckcough** (Chatam, Ont.): Two cases of saturnine poisonning with an uncommon symptom. (Zwei Fälle von Bleivergiftung mit einem ungewöhnlichen Symptome.) (The Detroit Lancet Dezember 1885.)

Beide Kranke, ein Ehepaar, litten neben angebornen characteristischen Symptomen der Bleivergiftung (auch heftige Kolik war vorhanden) an Durchfall, für welche seltene Erscheinung Verf. Arsenik

verantwortlich macht, der in der vom Mann zur täglichen Arbeit gebrauchten grünen Farbe vorhanden war; ob dieselbe auch das Blei enthielt oder woher sonst dasselbe aufgenommen, wird nicht erwähnt.

Voigt (Oeynhausen).

---

147) **Mabille** (Lafond): Note sur quelques cas de Scalorrhée d'origine nerveuse. (Ueber Speichelfluss nervösen Ursprunges.) (Ann. méd. psycholog. Septbr. 1885.)

Verf. beobachtete beim epileptischen Anfall öfter vermehrte Speichelabsonderung (8 mal unter 100) und erklärt sich dies gestützt auf Vulpian's Experimente an Hunden, bei denen nach Reizung der Rinde Epilepsie und Speichelfluss auftrat, durch die Annahme einer Reizung von Drüsenfasern cerebralen Ursprunges. Bei hysterischen Anfällen mag es sich ähnlich verhalten. Ausserhalb der Anfälle tritt bei hysterischen, allerdings selten, ein intermittirender Speichelfluss auf. Etwas öfter tritt die letztere Erscheinung bei nervösen Personen auf, jedoch auch hier nicht häufig. Zum Schluss schildert Verf. ausführlich einen Fall von intermittirendem Speichelfluss auf hysterischer Grundlage.

Otto (Dalldorf).

---

148) **A. Clark** (London): Some observations concerning what is called neurasthenia. (Ueber Neurasthenie.) (The Lancet. 2. Januar 1886.)

Es sind folgende Zustände, welche zur Entstehung der neuropathischen Disposition oder (? !) Neurasthenie, einer, wie C. — im Gegensatze zu A. Pick (Ref.) — meint, dynamischen Störung, Anlass geben:

1. Zu rasche Zu- und Abfuhr der Nervenkraft bei ungleichmässiger Vertheilung derselben.

2. Abnorm erhöhte Sensibilität, die sich auf das ganze Nervensystem, hauptsächlich auf die Basilarganglien und die dazwischen liegenden Theile, erstrecken kann.

3. Häufige Schwankungen im Gleichgewicht des ganzen Nervensystems, besonders der vasomotorischen Centren. (Fliegende Hitze, Blässe der Gewebe und Organe.)

4. Störungen der allgemeinen regulatorischen, besonders der hemmenden Kräfte, die, unabhängig von den Nervencentren, sei es durch Vermehrung oder Mangel oder Vermittlung automatischer oder reflectorischer Nervenentladungen, auftreten.

5. Ein wiederkehrender Zustand von mehr oder weniger erhöhtem Selbstbewusstsein, wodurch gewisse Zustände des Organismus (Störungen oder Handlungen) in einem Grade zu seiner Kenntniss kommen, welcher die gewöhnlichen Grenzen des Bewusstseins weit überschreitet.

Pauli (Köln).

---

149) **Octavius Sturges** (London): Chorea and rheumatismus. (Chorea und Rheumatismus.) (The Lancet. 14. November 1885.)

Aus einer Aufstellung geht hervor, dass

nach Hughes	in 108	Fällen von Chorea	14 Mal Rheumatismus zugegen war
— Sée	— 128	— — —	61 — — — —
— dem 1. Bericht des Sammelrforsch.-Comités.	128	— — —	31 — — — —
— Steiner	— 252	— — —	4 — — — —
— Oger	— 80	— — —	8 — — — —
— Sturges	— 202	— — —	15 — — — —
— Dònkin	— 105	— — —	8 — — — —
— Cheadle	— 84	— — —	62 — — — —
	1087	— — —	203 — — — —

Pauli (Köln).

---

150) **P. Marie** (Paris): Note sur l'existence de l'ovarie dans la chorée de Sydenham. (Ovarie bei Chorea.) (Le Progrès méd. Nro. 3. 1886.)

An der Hand eines verhältnissmässig grossen Beobachtungsmaterials (in der Salpetrière) stellt M. den bemerkenswerthen Satz auf, dass man in sehr vielen Fällen von Chorea das Symptom der Ovarie antreffe und dass die Ovarie stets sich auf derjenigen Seite befinde, auf welcher die abnormen Bewegungen sich zuerst gezeigt haben. Bei doppelseitiger Ovarie ist das in Rede stehende Symptom auf der Seite stärker ausgeprägt, von der die Bewegungen zuerst ausgegangen.

Rabow (Berlin).

---

151) **H. Immermann** (Basel): Ueber nervöse Gastropathieen. (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 1886. Nro. 1 u. 2.)

Auch vorliegende Arbeit will „weder Neues noch Vollständiges bringen"; dieselbe sollte „wesentlich dem Praktiker zur vorläufigen Orientirung, sowie zur Anregung auf diesem Gebiete dienen."

Es wurden 6 verschiedene Formen nervöser Magenleiden abgehandelt, die „*nervöse Cardialgie*", die „*gastrischen Krisen*", die „*nervöse Dyspepsie*", die „*peristaltische Unruhe des Magens*", die „*nervöse Gastroxynsis*" und die „*dauernde saure Hyperkrisie des Magens*".

Bei der *nervösen Cardialgie* äussert J. die schon früher kundgegebene Ansicht, dass die Cardialgie chlorotischer Individuen mehr eine Complication als eine directe Folge der Chlorose sei, dass es sich auch hier im Grunde vorzugsweise um ein von der Genitalsphäre ausgelöstes hysterisches Phänomen handele. In der Behandlung steht Arsenik obenan, dann der constante Strom und endlich Chinin. Ein Fall von C. mit regelmässigem quotidianem Typus, ohne dass sonst Verdacht auf Malariainfection begründet werden konnte, und der durch Chin. muriat. in einmal täglich, eine Stunde vor dem erwarteten Anfall gegebener Dosis von 2 gramm geheilt wurde, wird mitgetheilt.

Die ausführlichste Besprechung findet begreiflicherweise die „*nervöse Dyspepsie*". Im Ganzen steht Verf. hier auf dem Standpunkt Leube's. Es handelt sich um ein „*Unwohlsein während und wegen der Verdauung*", um eine „*digestive Hyperästhesie*", oder, will man überhaupt

mit Krankheitsnamen Nichts präjudiciren, so darf man auch von „*digestiver Dysphorie*“ reden. Den Ausdruck „*Neurasthenia dyspeptica*“ (Ewald) verwirft Verf mit Recht, weil in dem Wesen der Affection Nichts eigentlich Dyspeptisches liege, während man den Ausdruck „*Neurasthenia gastrica*“ acceptiren könnte, wenn man nämlich das Wort „Neurasthenie“ nicht lediglich im Sinne *allgemeiner* Nervosität, sondern auch in demjenigen einer *localen* reizbaren Schwäche gewisser nervöser Provinzen gelten lassen würde. — Therapeutisch wird die Behandlung in geeigneten Sanatorien empfohlen, wo neben der psychischen Einwirkung die combinirte Anwendung von Hydrotherapie, Electricität und Massage indicirt sei. Von einfachen Gebirgscuren hält J. Nichts. Unter den symptomatischen Mitteln wird Cocainum muriat. als locales Anästheticum empfohlen. Dehn (Hamburg).

---

152) **Michael Cohn** (Berlin): Om nervös Dyspepsie. (Nervöse Dyspepsie. (Hospitals-Titende 1885. Nro. 43.)

Eine kurze, klare Zusammenstellung der in den neueren deutschen Arbeiten festgestellten Thatsachen ohne Beibringung neuer Beobachtungen oder Gesichtspunkte. Verf. betont die praktische Wichtigkeit der Diagnose der nervösen Dyspepsie wegen der Verschiedenheit der Therapie von der der organischen Magenkrankheiten.

Was die verschiedene Auffassung der nervösen Dyspepsie in der Beziehung betrifft, dass Einige, an der Spitze Leube, die Magennerven für die eigentlich afficirten Theile erklären, während Andere die n. D. mehr für ein Glied in der Kette der unter dem gemeinsamen Namen „Neurasthenie“ zusammengefassten Leiden, also als Symptom einer allgemeinen Nervenschwäche ansehen und demgemäss die Bezeichnung Neurasthenia gastrica oder dyspeptica oder N. vagosympathica vorziehen möchten, so meint Verf., dass diese Differenz wohl auf der Verschiedenheit des beobachteten Materials beruhe, indem Patienten mit ausschliesslichen Magenbeschwerden wohl mehr die Hülfe des Magenarztes, die mit gleichzeitigen anderen Nervenstörungen Behafteten mehr die des Nervenspecialisten aufnehmen. Somit läge die Wahrheit in der Mitte. Dehn (Hamburg).

---

153) **Schuchard** (Gotha): Ueber die schmerzhafte Compression der Nervi vagi als diagnostisches Hilfsmittel zur Erklärung von Krankheiten innerer Organe. (Sep.-Abdr. aus Nro. 9—12 des Correspondenz-Blattes des Allg. ärztl. Vereins von Thüringen 1885.)

Ein Resumé aus Riu's Arbeit: Étude expérimentale et clinique sur les nerfs pneumogastriques, Paris 1882. Hinzugefügt sind vom Verf. eine grosse Anzahl Krankengeschichten, die sich auf Störungen einer oder beider Ni. vagi bedingt durch Druck von angeschwollenen Drüsen, Cysten, Aneurysmen etc. beziehen, in welchen die Sektion Veränderungen in den Ni. vagi oder deren Verzweigungen nachgewiesen hat. Diese Literaturangaben, mit grossem Fleisse zusammengestellt, sind das werthvollste an der Arbeit. Denn Riu's kurz

skizzirte Hypothese über Schmerz bei Compression der Vagi am Halse, der dann auch je nachdem auf dem Brustbein, im Epigastrium u. s. w. gefühlt wird und ein diagnostisches Hilfsmittel für verschiedene Krankheiten bilden soll, sind doch zu vager Natur, seine Krankengeschichten, die am Schluss wiedergegeben sind, zu wenig beweisend, um einen grossen Werth beanspruchen zu können.

Goldstein (Aachen).

---

154) **Chr. Leegaard** (Christiania): Om electro-diagnostisk Synsfeltundersögelse. (Ueber die electro-diagnostische Gesichtsfelduntersuchung.) (N. Mag. f. Laegevid Bd. XV. H. 12. Christ. 1885 Sep.-Abdr.)

Eine wichtige Rolle in den merkwürdigen „Entdeckungen“ Engelskjön's über „die ungleichartige therapeutische Wirkungsweise der beiden electrischen Stromesarten etc.“ spielt bekanntlich die electrodiagnostische Gesichtsfelduntersuchung. (cf. d. Centralbl. 1884 p. 299 u. 543 u. 1885 p. 279.)

Die beiden Stromesarten, die in den verschiedenen Fällen von Neurosen entgegengesetzte therapeutische Einwirkung haben sollten, sollten auch einen differenten Einfluss auf die Netzhaut, resp. das Gesichtsfeld haben, indem die heilkräftige „positive“ Stromesart eine Erweiterung, die nutzlose oder gar schädliche „negative“ dagegen Einengung des Gesichtsfeldes zur Folge haben würde. Somit wäre in der Einwirkung auf das Gesichtsfeld ein Criterium gegeben, um im Voraus zu erkennen, welcher Strom, der galvanische oder der faradische, in dem betreffenden Falle indicirt sei. Nun haben ja bereits Konrad und Wagner (cf. d. Centralbl. 1885 p. 279) diesen Theil der Aufstellungen E's. einer experimentellen Kritik unterzogen und dabei constatirt, dass die Gesichtsfeldsgrenze sich auch ohne Anwendung eines electrischen Stromes zu verschiedenen Zeiten verschieden darstellt, dass die electrodiagnostische Gesichtsfelduntersuchung demnach werthlos sei. In der vorliegenden Arbeit Leegaard's wird nun den Befunden E's. vollends jeder Boden entzogen, indem L. durch Untersuchung des Gesichtsfeldes von 16 *gesunden* Personen — Konrad und Wagner hatten ausser sich selbst nur mit Neurosen behaftete Kranke untersucht — zweifellos klarstellt, dass Differenzen, die denen E's. nach Einwirkung der Electricität völlig gleichkommen, ganz ohne Electrisirung bei verschiedenen Aufnahmen des Gesichtsfeldes gesunder Personen constatirt werden. L. bediente sich bei diesen Untersuchungen wie E. eines Planperimeters.

Dehn (Hamburg).

---

155) **Haab** (Zürich): Skizzenbuch zur Einzeichnung ophthalmoscopischer Beobachtungen des Augenhintergrundes. (Zürich 1886.)

Bei den engen Beziehungen der Ophthalmoscopie zur Neurologie und Psychiatrie will ich an dieser Stelle auf das obige Büchlein aufmerksam machen und dasselbe vielseitigster Benutzung empfehlen, da es jedem, der den Augenspiegel fleissig anwendet, eine längst

empfundene Lücke vortrefflich ausfüllt. Es enthält die farbigen Bilder der typischen Formen des Augenhintergrundes, in die leicht mit Bleistift, Gummi- und Wasserfarben alles Nöthige hineingetragen werden kann. Erlenmeyer.

---

156) **William Murrel** (London): Clinical lecture on the treatment of infantile paralysis. (Die Behandlung der Kinderlähmung.)
(The Lancet. 26. Dezember 1885.)

Es wird auf Grund von 56 in den letzten sechs Jahren beobachteten Fällen folgendes Curverfahren als ein solches empfohlen, das am meisten dazu angethan sei, den Sieg über die Poliomyelitis anterior davon zu tragen:

Da diese fast immer unter Fieberbewegungen ausbricht, so kommt es zunächst darauf an, dieselben neben blander Diät durch Aufenthalt im Bett im dunklen Zimmer und durch Beseitigung einer etwa vorhandenen Obstructio alvi durch Friedrichshaller Bitterwasser zu beschwichtigen und durch die innerliche Darreichung von Tinct. Aconiti in steigender Dosis völlig zu dämpfen; sowie, falls Convulsionen zugegen sind, dieselben durch die Einverleibung von Brompäraten, sei es per os oder per anum, zu beseitigen.

Nach Erreichung dieses Zieles ändert sich der Curplan insofern, als der kleine Patient am Tage nicht mehr das Bett zu hüten braucht und eine stärkendere Kost erhält.

Damit ist auch der Zeitpunkt gekommen, wo entweder durch kleine Blasenpflaster oder durch Jodtinktur bewirkte Gegenreize auf die Spina dorsi am Platze sind und wo ein Monate langer Gebrauch des die Medulla deutlich beeinflussenden Extr. Fabae calabricae beginnt.

Von den hieraus angefertigten Pillen, wovon jede $^1/_5$ Gramm dieses Extracts enthält, wird anfänglich 3 mal täglich und später 3 stündlich je eine Pille genommen.

Da nach H. C. Wood der Phosphor ein Mittel ist, das bei organischen Läsionen des Marks wesentliche Dienste leistet, so empfiehlt es sich nach Verlauf von sechs Wochen hiervon $^1/_{200}$ Gran und selbst noch weniger jeder jener Pillen zuzusetzen.

Sobald die ackuten Symptome der fraglichen Lähmungsform, was drei oder vier Tage nach dem Eintritt derselben der Fall zu sein pflegt, in den Hintergrund getreten sind, kommen zugleich die electrische Behandlung und die Massage, betreffs deren näherer Details auf das Original verwiesen wird, zur Anwendung.

In diesem Stadium empfiehlt Verf. Leberthran, entweder per os oder auf den Unterleib eingerieben.

Endlich tragen noch viel warme Kleidung, heisse Sandsäcke, Salz- und Fichtennadelbäder, welch letztere in einem Falle alle anderen gebrauchten Agentien bei Weitem übertrafen, zur Genesung bei.

Pauli (Köln).

---

157) **L. R. Kobylänsky:** Ueber den Einfluss des Magneten und galvanischen Stromes auf Hypnotisirte. (Wratsch 1885. Nro. 40. russisch.)

Verf. gelangt auf Grund seiner Versuche zu folgenden Schlüssen:

1. Ein Magnet auf den Nacken eines Hypnotisirten gelegt, zerstört sofort jede Art falscher Empfindung, Illusion, Hallucination sowohl im Gebiete der Sinnesempfindungen wie der Allgemeingefühle.
2. Vernichtet die hervorgerufene Amnesie.
3. Vernichtet den hervorgerufenen tetanischen Zustand der Muskeln, ruft aber selbst keinen tetanischen Zustand hervor.
4. Verwandelt den psychischen (resp. moralischen) Zustand der Hypnotisirten und die ihnen „aufgezwungenen" Wünsche ins Gegentheil.
5. Erneuertes Anlegen des Magneten stellt die vorigen irrthümlichen Empfindungen, Hallucinationen und auch die Amnesie, welche durch das erste Auflegen des Magneten vernichtet waren, wieder her.
6. Die Wirkung des Magneten zeigte sich in gleicher Weise auch bei Personen, die eben aus der Hypnose erwacht sind.

Verf. benutzte einen Hufeisenmagneten und findet, dass die Stärke desselben gleichgiltig ist.

Ueber die Wirkung des galvanischen Stromes gelangte Verf. zum Resultat, dass auch bei der tiefsten Hypnose die leise Berührung irgend eines Körpertheiles mit den Electroden sehr schwacher Ströme zum *augenblicklichen* Erwecken genügte, ohne jedoch immer gleich vollständig den normalen Zustand herbeizuführen.

Buch (Willmanstrand, Finnland).

---

158) **Schmalfuss** (Freiburg): Zur Castration bei Neurosen. (Archiv f. Gyn. XXVI. Bd. 1. Heft.)

Verf. verwerthet das reiche Material der Hegar'schen Klinik zur Entscheidung der Frage, welchen Einfluss die Castration auf die in Begleitung der Sexualleiden auftretenden Neurosen hat. Benutzt wurden nur solche Fälle, in welchen die nervösen Symptome eine hervorragende Stelle im Krankheitsbild einnahmen und bei denen eine längere Beobachtungszeit über das Endresultat vollständigen Aufschluss gewährte. Anatomische Veränderungen waren an den Ovarien in der Regel vorhanden, längere fruchtlose Behandlung stets vorausgegangen.

Die 32 Fälle von Castration sind in 3 Gruppen gebracht, deren erste jene Fälle umfasst, bei welchen die nervösen Erscheinungen nur auf den Plexus lumbalis und sacralis beschränkt waren, während in der 2. Gruppe diejenigen Kranken aufgeführt werden, bei welchen noch andere Nervenbezirke ergriffen waren und in den Fällen der 3. Gruppe sich bereits ein allgemein neuropathischer Zustand entwickelt hatte.

Ein voller Erfolg wurde erreicht in 24 Fällen (75%) gebessert wurden 6 (18,7%), ungeheilt blieben 2 Patientinnen (6,3%).

Als Ursachen des nicht vollständigen Erfolges resp. Misserfolges werden aufgeführt: nicht gut begründete Indication, mit der Operation

zusammenhängende Folgezustände (insbes. circumscripte Entzündungserscheinungen und Schwellungen am Stil, die ein neues pathologisches Reizcentrum an Stelle der functionirenden Keimdrüse abgeben) sowie endlich ungünstige äussere Umstände. Mangel an Pflege und Schonung oder neu entstehende Krankheitszustände anderer Organe.

Bumm (Würzburg).

---

159) **M. Menzel** (Breslau): Castrationen bei Ovarialprolaps etc. und Hysterie. (Archiv f. Gyn. XXVI. Bd. 1. H.)

In einem Falle rein ovarieller Hysterie wurde durch die Entfernung beider Ovarien nebst Tuben vollständige Heilung erzielt.

Bumm (Würzburg).

---

160) **A. Leppmann** (Breslau): Castrationen bei Epilepsie und Hysteroepilepsie (Archiv f. Gyn. XXVI. Bd. 1. Heft.)

Verf. hält den Versuch bei Epilepsie und Hysteroepilepsie durch die Castration eine Heilung zu erzielen, dann für gerechtfertigt, wenn ein Zusammenhang des Leidens mit den Functionen der Keimdrüsen nachweisbar ist und diese selbst krankhaft verlaufen.

In 3 berichteten Fällen bestanden 2 mal Krämpfe bereits jahrelang vor der Operation; dieselben waren im Beginn der Pubertätsperiode und ursprünglich im menstruellen Typus aufgetreten, doch hatte sich deren Regelmässigkeit durch das häufigerwerden der Anfälle später verwischt. Alle 3 Pat. litten an Anomalien der Menstruation, pathol. Veränderungen der Ovarien und waren ausserdem erblich stark belastet.

Im ersten Falle blieb die Operation ganz erfolglos, beim zweiten trat eine Verminderung der Anfälle ein, im dritten hatte bis 14 Tage nach der Operation kein Anfall mehr stattgefunden.

Bumm (Würzburg).

---

161) **E. Paget Thurstan** (Southborough): Case of spasmodic asthma cured by electricity. (Heilung des Asthma durch Faradisation der Phrenici. (The British Medic. Journ. 16. Januar 1886.)

In dem betreffenden Fall war nach Verf.'s Ansicht die Dypsnoë, welche gewöhnlich Nachmittags auftrat und 5—6 Stunden dauerte, abhängig von einer Reizung der nn. phrenici des zu Gicht disponirten Mannes, es bestand zugleich lebhafte Carotidenpulsation ohne Herzfehler, Leber- und Milzanschwellung, Flatulenz etc. Nachdem verschiedene innere Mittel vergebens gebraucht waren, verschwand das Asthma sofort und für immer nach kurzer Anwendung des unterbrochenen Stromes (Reizung der nn. phrenici), woraus Verf. den Schluss zieht, dass es sich lediglich um eine funktionelle Störung der nn. phrenici gehandelt habe.

Voigt (Oeynhausen).

---

162) **Fr. Schilling** (Nürnberg): Cocaïnvergiftung und Gegengift. (Aerztl. Intelligenzbl. Nro. 52. 1885.)

Ein Zahnarzt hatte einer 28jährigen, im 7. Monate schwangeren Frau zwischen Zahnfleisch und Alveole 0,06 Cocain. muriat. injicirt.

Es trat, nachdem ein Backzahn extrahirt worden, ein chloroformschlafähnlicher Zustand ein. Puls 84 in der Minute, Augen weit geöffnet, kein Lidschlag, Pupillen mittlerer Weite, kaum reagirend, Conjunctivae von normaler Färbung, Gesichtsfarbe etwas blass, Oberextremitäten schlaff herabhängend, Hände etwas kühl. Complete Amaurose. Patientin hört nichts, schluckt aber gut. Auf Vorschlag des Verf. wurden nachdem schon verschiedene Excitantien und Analeptica versucht waren, einige Tropfen Amylnitrit zum Einathmen gegeben, da eine Contraction der Hirngefässe als Ursache des beschriebenen Zustandes vermuthet wurde. Sofortige Besserung in Bezug auf das Gesicht; Augenhintergrunduntersuchung ergab Venen vielleicht etwas enger, Arterien aber entschieden dünner und blasser als in der Norm. Weitere Amylnitriteinathmung stellte den normalen Zustand wieder her. Verf. empfiehlt daher das Amylnitrit als Antidot bei Cocaïnintoxication, den von allen (?Ref) Autoren angenommenen gefässcontrahirenden Einfluss des Cocaïns dem gehirngefässerweiternden des Amylnitrits gegenüberstellend. In Betreff des letzteren Punktes möchte Ref. doch auf die Untersuchungen Erlenmeyer's (d. Centralbl. 1885, pag. 299 u. folg.) hinweisen, in denen gerade die gefässlähmende Wirkung des Cocaïns sphygmographisch nachgewiesen und auf seine Aehnlichkeit in dieser Beziehung mit dem Amylnitrit hingedeutet wird.

Ob das Amylnitrit in allen Fällen von Intoxication mit Cocaïn als Antidot wirksam ist, bleibt sehr fraglich, aber der vorliegende Fall lehrt jedenfalls die eventuelle Gefährlichkeit des Mittels, worüber man auch die Verhandlungen in der Berl. med. Gesellschaft nachlesen möge (d. Centralbl. 1885, pag. 525). Neuropathisch belastet war *diese* Patientin nicht. Auf den gleichzeitig vorhandenen schwangeren Zustand nimmt Verf. in seiner Besprechung keine Rücksicht.

Goldstein (Aachen).

---

163) **Dujardin-Beaumetz** (Paris): The new hypnotics. (Die neuen Hypnotica.) (The Therap. Gazette 15. December 1885.)

Nachdem Verf. die Physiologie des Schlafes kurz besprochen und erwähnt hat, dass gegen die Richtigkeit der jetzt allgemein üblichen Anschauung, Schlaf sei Folge eines gewissen Grades von Hirnanämie, die Hirncongestionen erzeugenden Opium und Morph. nicht in's Feld geführt werden könnten, da diese nicht eigentlich Schlaf-, sondern Schmerz und Bewusstsein aufhebende Beruhigungsmittel seien, verbreitet er sich des Weitern über Chloral und Paraldehyd. Ersteres bewirke Schlaf durch directen Einfluss auf die nervösen Elemente des Hirn's und Rückenmark's: es mache (wie Chloroform), auch ohne dass es zuvor in Ameisensäure und Chloroform zerfalle, Anämie jener Theile; daneben sei es, wenigstens in grossen Gaben ein Herzgift und zugleich ein Reizmittel für den Magen. Es sei daher bei Herz- und Magenkrankheiten zu vermeiden, bei „Pyrexien congestiver Form“, Neurasthenie, Vergiftungen durch Alcohol, Urate, Strychnin etc. anzuwenden; doch stehe es auch in diesen Erkrankungen dem Paraldehyd nach. Von diesem gebe es nach Bourgoin eine Sorte, die bei 0° C. flüssig,

eine andere, die bei 10° C. fest sei, letztere, das reine, in Alcohol und Wasser (1:10) sich lösende Paraldehyd wirke auf Hirn und Rückenmark, wie das Chloral, sei ihm aber als Schlafmittel überlegen, da es von den Verdauungswerkzeugen besser vertragen werde, das Herz nicht schädige und namentlich bei Strychnin- und Alcohol-Vergiftungen kräftiger wirke, nur Schmerzen beseitige es weniger als Chloral. Im Uebrigen könne es, entgegen der Ansicht anderer Autoren, mindestens ebenso lange als Chloral mit gutem Erfolge fortgebraucht werden.

Voigt (Oeynhausen).

164) **Riu**: Quelques observations sur le délire épileptique. (Beobachtungen über das Delirium epilepticum.) (Ann. méd. psych. Septbr. 1885.)

R. theilt zwei Fälle von Epilepsie mit. Interessant ist bei denselben, dass im Delirium epilepticum nach einem Anfalle Aeusserungen und Handlungen auftraten, die mit dem vor dem betreffenden Anfalle bestehenden Geisteszustande und Erlebten in Zusammenhang standen. Im ersten Falle hatte bei einem schwachsinnigen und zu Aberglauben geneigten Epileptiker die Entdeckung seines Leidens von Seiten der Frau zur Folge, dass letztere gegen ihn kälter wurde, was ihn sehr verstimmte und traurig machte. Weiterhin kam ihm der Gedanke, die Umänderung im Wesen der Frau sei wohl durch Zauberei bewirkt, und zwar glaubte er Anhaltspunkte gefunden zu haben, dass die Nachbarn bei derselben betheiligt seien. Allmählich bildete sich auf diese Weise ein Verfolgungswahn bei ihm aus und es kam zu Klagen und Drohungen von seiner Seite. Im Anschluss an mehrere Anfälle verfiel er darauf in ein Delirium epilepticum, wüthete zunächst gegen seine Frau und tödtete dieselbe, stürzte sich dann aus dem Haus und traf nacheinander sechs Personen der Nachbarschaft, die er auch umbrachte, ohne nachher etwas von dem Vorgefallenen zu wissen. Zu sich gekommen und von dem, was er gethan hatte, unterrichtet, äusserte er auf Befragen, er habe seine Frau wegen ihres abweichenden Verhaltens getödtet und die Anderen, weil sie an dem ganzen Uebel schuld seien. Dabei stiess er wiederholt gegen die Umstehenden die Worte aus: „Barbaren, Ihr wollt mich verbrennen und tödten". In der Anstalt traten die Verfolgungsgedanken zurück, doch auch späterhin hielt er immer fest an dem Glauben, es sei damals von den Nachbarn mit ihm Zauberei getrieben worden. In einem *zweiten Falle* traten bei einem Epileptiker nach dem Anfall Erregungszustände auf, in denen er mit der Mutter zankte. Einmal war er in einem solchen Zustande daran seine Mutter zu tödten, wurde jedoch daran gehindert, stürzte fort und wurde später gefasst. In der Anstalt wurde er am nächsten Tage von der Absicht des Arztes die Mutter Erkundigungen halber aufzusuchen unterrichtet und bekam an demselben Tage einen Anfall mit nachfolgendem Erregungszustande, in dem er laut schrie, Drohungen ausstiess, sich auf die Wärter stürzte und ausrief: „Man bringe mich vor das Tribunal, ich bin unschuldig, ich liebe meine Mutter, ich habe ihr nichts Böses gethan." Einige Tage später trat nach einem Anfalle ein ähnlicher Zustand auf. Dabei fragte er den Arzt: „Welche Mittheilungen

hat man Ihnen über mich gemacht? Ich bin jetzt lange genug eingeschlossen, ich will sogleich fort nach Hause.“ Am nächsten Tage war er ruhig und klar und fragte den Arzt nach seiner Mutter, ohne von den Vorgängen des vergangenen Tages etwas zu wissen. Später wurden ähnliche Zustände nach Anfällen nicht beobachtet.

Es geht daraus hervor, dass die unter dem Einflusse einer Attaque stehenden Handlungen etc. der Epileptiker der Widerschein des normalen oder pathologischen Geisteszustandes der Kranken sind. Dieser Geisteszustand ist weiterhin veränderlich je nach Zeit, Umgebung, äusseren Umständen und einer etwaigen Behandlung.

Otto (Dalldorf).

---

165) **H. C. Wood**: Melancholy.

(The Therapeutic Gazette. Detroit December 15. 1885).

Nach Verf. besteht zwischen Oxalurie und Melancholie nicht selten ein inniger Zusammenhang, da letztere in einer Reihe von Fällen mit der Beseitigung jener durch Salpetersalzsäure verschwinde, dagegen in einer anderen Reihe bestehen bleibe, wo die Säure vergeblich gegen die Oxalurie angewandt war. Im Uebrigen giebt Verf. eine kurze Beschreibung der verschiedenen Formen der Melancholie, bezeichnet die Prognose viel ungünstiger als die der Manie, sagt, dass die ihr zu Grunde liegenden Hirnveränderungen uns unbekannt seien und wahrscheinlich immer bleiben würden (?) und empfiehlt schliesslich als bestes Schlaf- und Beruhigungsmittel bei derselben den subcutanen Gebrauch von Brom. hyoscin. ($^1/_{500}$—$^1/_{60}$ Grain.)

Voigt (Oeynhausen.)

---

166) **E. Sioli** (Bunzlau): Ueber directe Vererbung von Geisteskrankheiten. (Arch. f. Psych. XVI. p. 113, 353, 599.)

Die Arbeit stellt eine *sehr eingehende* Erörterung der Erblichkeitsfrage dar an der Hand des Materials der Leubuser Irrenanstalt. Es konnten mit Hülfe von früheren Krankengeschichten und eigener Beobachtung *20 Familien* zum Theil durch drei Generationen mit vollkommener Genauigkeit verfolgt werden. In 5 grösseren Gruppen werden die 20 Fälle behandelt. Nach klinischer Darlegung eines jeden wird die Epikrise angeknüpft und später die Gruppe als ganze behandelt.

Nach ätiologischer Eintheilung umfasst der *erste Hauptabschnitt: Familien in denen die Descendenz allein oder wenigstens hauptsächlich in Folge der Vererbung geistig erkrankt.*

Bezüglich der *ersten Gruppe:* 3 Familien mit einfacher Seelenstörung *(Melancholie* und *Manie)* kommt Verf. zu dem Schlusse, dass sich bei der Vererbung die verschiedenen Formen regellos ersetzen, eine Neigung zu weiterer Degeneration in der Psychose war nicht vorhanden. Bei der *zweiten Gruppe:* den *complicirten* und *atypischen* Formen (4 Familien werden angeführt) liess sich die Tendenz zu *gleichartiger* Vererbung deutlich nachweisen, dagegen trat Neigung zu psychischer Degeneration in der Hälfte der Fälle hervor. Betreffs der 3. *Gruppe:* 2 Familien mit *periodischen Störungen* constatirte Sioli,

„dass die Periodicität, die in der Ascendenz zum Theil nur angedeutet war, in der Descendenz immer deutlicher wurde, dabei nahm die geistige Abschwächung nur langsam zu, Erscheinungen von angeborner Degeneration fehlten, sowohl auf geistigem wie auf körperlichem Gebiet. Die 4. *Gruppe* der *Verrückten* (5 Familien mit reinen Formen) characterisirte sich dadurch, dass die Form der Erkrankung bei Ascendenten und Descendenten auffallend übereinstimmte zum Theil selbst bis zu Einzelsymptomen. Als *gemeinsame Regel* glaubt Verf. aufstellen zu können, dass die Uebereinstimmung der Psychosen häufiger ist, wenn die Vererbung die Hauptursache der Seelenstörung ist und wenn die Form der Krankheit überhaupt eine möglichst einfache und typische ist; je mehr dagegen die Störung des Ascendenten eine Mischform war, desto ungleichartiger ist auch die Erkrankung des Descendenten.*) — Die Frage der *Vererbung* mit Rücksicht auf den *Zeitpunkt der Zeugung* konnte S. bei 15 Familien von denen er genaue Angaben besass, erforschen. Er zog aus diesen Beobachtungen den Schluss „dass die Vererbung von Geisteskrankheiten sich *unabhängig* davon vollzieht, ob der Descendent vor oder nach der Erkrankung des Ascendenten gezeugt resp. geboren ist, dass mithin die Anlage zur Geisteskrankheit schon vor dem Ausbruch bei dem Ascendenten vorhanden und der Descendenz mitgetheilt sein muss.“

Bezüglich der *Vererbung* der *„Disposition“* glaubt S., dass schon vor Ausbruch der Krankheit in den meisten Fällen dies zu constatiren ist, dagegen giebt es Individuen, denen eine Störung mit allen Einzelheiten vererbt wird, ohne dass *vorher* die krankhafte Anlage nachweisbar war. Stärkere Disposition resp. von Jugend auf bestehende Degenerationserscheinungen finden sich im Fall der Vererbung vorzugsweise dann, wenn der Ascendent entweder an einer complicirten, atypischen Geistesstörung, oder wenn er an Verrücktheit litt. —

In dem *zweiten Haupttheil* behandelt Verf. 5 Familien, in denen Ascendent und Descendent an *Geistesstörung* leiden, in welchen aber diejenige des letzteren durch nachweisbare *äussere Ursachen mehr hervorgerufen* erscheint, *als durch Vererbung.* — Zu diesen Ursachen gehören hauptsächlich Puerperium und innere Krankheiten. Als Hauptergebniss dieser Untersuchung erwähne ich „dass beim Vorhandensein *wichtiger Nebenursachen*, die neben der Vererbung her die Descendenz zur Geisteskrankheit führen, die Aehnlichkeit der Vererbung *von der Stärke* dieser Nebenumstände *abhängt*, sodass bei alleiniger Geltung dieser letzteren oder ganz vorzugsweiser Beeinflussung durch dieselben auch die *Form* der Geisteskrankheit bei der Descendenz *nur* durch diese *Gelegenheitsursache*, die in diesem Fall schon eine starke sein muss, *beeinflusst* wird.“ Ausserdem wird, wenn *Erblichkeit* und *Gelegenheitsursachen zusammenwirken*, die Krankheit beim Descendenten leicht in eine *schwerere Form* transformirt.

Indem S. schliesslich das Schicksal der andern — nicht direct von Geisteskrankheit betroffenen — Glieder der fraglichen Familien erforschte, konnte er constatiren, dass bei ihnen (ca. 60 des Kindes-

*) Widerspruch gegen oben. (Ref.)

alter überlebende) 5× Trunksucht und Liederlichkeit, 3× Imbecilität, 2× Selbstmord und je einmal Jähezorn, Nervosität und Apoplexie vorkam — jedenfalls ein das Normale übersteigendes Verhältniss. — Von den selbst durch Generationen belasteten Familien wiesen mehrere eine auffällig grosse Kinderzahl auf (6. 8. 8. 9. 9. 11. 14!), sodass also das Sterilwerden im Aussterben einer belasteten Generation keineswegs ein häufiges Vorkommniss zu sein schien.

Langreuter (Eichberg).

167) **W. Sander A. Richter** (Dalldorf): Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen. Nach Beobachtungen in der Irrenanstalt Dalldorf. (Berlin 1886, Fischer's med. Buchhandlung (H. Kornfeld) II. 404 S.) (Fortsetzung.)

Sander: Gutachten über schwieriger zu beurtheilende Fälle von Geistesstörung.

I. Angeborene Geistesschwäche, Perversität des Charakters, Diebstahl (Moral insanity.)

Anna R., 15 Jahre alt, hat sich von früher Jugend an für alle erzieherischen Einflüsse unzugänglich erwiesen. Sie lügt und stiehlt. In ihrem 14. Jahre wird das Krankhafte dieser Charaktereigenschaft erkannt und sie der Irrenstation der Charité zugeführt, von da, nach siebenmonatlichem Aufenthalt, als unheilbar nach Dalldorf überwiesen.

Stat. pr. Ihr Vater starb, 35 Jahre alt, an Gehirnschlag, litt viel an Kopfschmerz, soll lügenhaft und verschwindelt gewesen sein. Die Mutter ist hochgradig nervös. Die R. soll als Kind scrophulös gewesen sein und ein gastrisches Fieber überstanden haben. Sie ist in der Entwicklung zurückgeblieben; noch nicht menstruirt. Schädel gross, Stirn etwas vorspringend, Gesichtszüge kindlich. Exploratin leidet von Jugend auf an Schwindel, sowie an Hemikranie, die alle 3—4 Wochen eintritt. Ihre geistige Entwicklung ist bedeutend zurückgeblieben. Sie vermag nur ungenau Auskunft über ihr Vorleben zu geben, verwechselt Gehörtes mit Erlebtem, ist ausser Stande, einfache Exempel zu lösen, deklamirt auswendig Gelerntes ohne Verständniss. Ein Reuegefühl kennt sie nicht, sucht ihre Handlungen in schwachsinniger Weise zu entschuldigen. Periodisch sind Remissionen bemerkbar. Die R. ist demnach mit angeborener pathologischer Beschaffenheit des Nervensystems, speciell des Gehirns behaftet und unfähig, die Folgen ihrer Handlungen zu überlegen.

II. Angeborene Geistesschwäche, Perversität des Charakters, Diebstahl (moral insanity).

B. L., 19 J. alt, erblich belastet, litt schon im zarten Kindesalter an Krämpfen, später bis zum 13. Jahre an Ohnmachten und Kopfschmerzen, die sich manchmal bis zur Bewusstlosigkeit steigerten. Er lernte schwer sprechen, stotterte und zeigte früh Hang zur Entwendung von Eigenthum Anderer. Langjähriger Einzelunterricht war nicht im Stande, ihn geistig zu fördern. 16 J. alt, wird er Gärtnerlehrling, zeigt sich aber auch hierzu untauglich. In zwei Monaten begeht er fünf Diebstähle und wird, da sein geistiger Zustand als krankhaft erkannt wird, in die Irrenanstalt gebracht.

Stat. pr. Prov. ist unter mittlerer Grösse in der Entwicklung etwas zurückgeblieben. Ernährung gut, Muskulatur ziemlich kräftig, Schädel von 545 Mm. Umfang, auffallend schief, rechte Hälfte stärker entwickelt, als die linke. Das linke Ohr steht weiter nach hinten, der linke Jochbogen ist stärker entwickelt; rechte Augenlidspalte kleiner, vegetative Functionen normal. Laut ärztlichem Attest leidet B. L. an epileptoiden Paroxysmen, sowie an eigentlichen epileptischen Anfällen. Zeitweise soll auch Parese der linken Gesichtshälfte, sowie der linksseitigen Extremitäten auftreten. Die Sprache ist öfter anstossend, das R wird nur unvollkommen artikulirt.

Prov. zeigt einen hohen Grad allgemeiner, geistiger Schwäche, indem Gedächtniss, Auffassung und Urtheil gleich mangelhaft entwickelt sind. Dieselbe ist bedingt durch eine Gehirnkrankheit, welche auch die übrigen nervösen Erscheinungen zur Folge hat. Derselbe ist demnach im gesetzlichen Sinne für blödsinnig zu erachten.

III. Schwachsinn. Diebstahl. Wiederholte Verurtheilung. Akutes Irresein (auf epileptischer Basis?).

Emil B., 28 J. alt, hereditär belastet, hat früher an epileptischen Anfällen gelitten und schwer gelernt. Vom 20. Lebensjahre ab folgen Bestrafungen wegen Diebstähle, die zuerst gegen seine Angehörigen, später gegen seinen Dienstherrn gerichtet waren. Im Gefängniss wird er akut geisteskrank und wird nun von verschiedenen Aerzten begutachtet. B. ist von mittlerer Statur, ziemlich kräftig, mässig genährt, Haltung und Bewegungen schlaff, Stirn hoch, schräg nach hinten geneigt, schmal, Gesicht schief, der obere Augenhöhlenrand bildet einen Winkel, die Mittelpunkte der Gesichtstheile bilden einen Bogen nach rechts, harter Gaumen hoch, Ohren abstehend, Bart wenig entwickelt. Hydrocele und partielle Phimose. Oft Herzklopfen, Kopfschmerzen und andere nervöse Beschwerden. In geistiger Beziehung tritt hauptsächlich Schwäche der Intelligenz hervor, die sich aus den Antworten im Colloquium deutlich ergiebt, ferner ist leichter Stimmungswechsel bemerklich. Wenn er zeitweise durch seine Manipulationen den Verdacht der Simulation erregt, so entsprang dieselbe doch nur aus krankhaften Stimmungen. Seiner geistigen Beschaffenheit entspricht seine Unfähigkeit, sich im Leben fortzuhelfen. Der p. B. leidet demnach an erblich bedingter Degeneration, die sich sowohl physisch, als psychisch offenbart und ihn unfähig macht, die Folgen, seiner Handlungen zu überlegen.

IV. Geistesschwäche mit zeitweiligen epileptischen Anfällen und Aequivalenten. Brandstiftung. Selbstmordversuchè. Mordversuch oder Raub.

Provocat W. ist 24 Jahre alt, in seiner körperlichen Entwicklung zurückgeblieben, von knabenhaftem Aussehen. Er ist hereditär stark belastet und hat theils epileptische, theils asthmatische Anfälle. Psychisch ist hochgradige, geistige Schwäche vorhanden, so dass er keine Beschäftigung selbstständig auszuführen vermag.

Provakat kann nur lesen und schreiben, im Rechnen ist er ganz schwach, hat für Verhältnisse des Lebens und Staatseinrichtungen gar kein Verständniss. Zur Schwäche der Intelligenz gesellt sich, wie

gewöhnlich, eine in Willensschwäche wurzelnde Verkehrtheit des Charakters, die ihn allen fremden Einflüssen preisgiebt. Daher ist er in der Anstalt ruhig und harmlos, ausserhalb derselben ein liederlicher verkommener und boshafter Mensch. Die falsche Auffassung seiner Beziehungen zu seinen Angehörigen führt ihn nothwendig zu Konflikten mit denselben, Provokat ist daher unfähig, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen.

(Fortsetzung folgt.)

Landsberg (Ostrowo).

IV. Aus den Vereinen.

I. Aerztlicher Verein zu München.

Sitzung vom 2. Dezember 1885 und 13. Januar 1886.
(Münch. med. Wochenschrift 1886, Mr. 4.)

168) **Rüdinger** macht Bemerkungen über das *Sprachcentrum*.

Der Vortragende erachtet es auf Grund der bis jetzt gewonnenen Kenntnisse über die Arbeitstheilung in den grossen Gebieten des Centrum cerebrospinale als ein physiologisches Postulat auch in den Rindenzonen der Grosshirnhalbkugeln bestimmten Zellenterritorien specifische Aufgaben zuzusprechen. Wenn auch die drei zu besprechenden Hirne, welche ziemlich hochgradige Veränderungen des Broca'schen Windungsgebietes zeigen, keine sogenannten reinen Fälle für die Beurtheilung des Sitzes des Sprachcentrums seien, so müsse man dieselben doch für die fragliche Funktionsstörung mit in Betracht ziehen, weil ja die ganz reinen Fälle überhaupt Raritäten seien.

v. Gudden bemerkt in der *Discussion*, dass die Frage sich nicht darum drehe, ob es überhaupt besondere Centren gäbe, sondern ob in der Grosshirnrinde bestimmte Localitäten sich abgrenzen liessen, die eine bestimmte Funktion hätten. Rüdinger's Fälle seien nicht reine, da die Zerstörungen in den Hirnstamm übergegriffen hatten; es sei ja Lähmung der entgegengesetzten Seite vorhanden gewesen, damit aber Kapselatrophie und Atrophie der Pyramidenbahn. Nachdem v. Gudden seine mit Goltz übereinstimmenden Ansichten über die Funktionen der Grosshirnrinde auseinandergesetzt, bemerkt er betreffs Aphasie, dass er sich die Entwicklung des Sprachcentrums ausschliesslich links nicht vorstellen könne, da er sich fragen müsse, was denn die adaequate Stelle rechts thue; steril könne sie nicht sein, denn sie sei nicht atrophisch.

Rüdinger fragt dagegen, warum Menschen, die bestimmte Defecte an einer bestimmten Stelle links aufwiesen, nicht sprechen könnten, obwohl die rechte Hemisphäre gesund sei? Er gebe zu, dass die adaequate Stelle rechts nicht ganz functionsunfähig sei; es seien ja Innervationsbahnen für die Sprache beiderseits vorhanden, Kehlkopf- und Zungenmuskulatur seien bilateral angelegt.

169) **Stumpf** theilt hierauf ein Paar Fälle von *Aphasie* mit.

Der erste betraf einen 55 jährigen Schuhmacher, der an einer acuten Endocarditis leidend bei einer schweren Defäcation einen apo-

plectischen Insult erlitt und ohne periphere Lähmung aphasisch wurde. Charakteristisch war, dass er bei Schreibübungen mit den richtigen Buchstaben die Worte anfing, dann aber falsche Worte und Silben gebrauchte. Der Mann ging hydropisch zu Grunde. Bei der Section fiel sofort eine Erweichung der 3. linken Stirnwindung auf; allerdings frappirte die grossartige Zerstörung, die bis zum Occipitallappen sich erstreckte, trotzdem die Sprache sich so merklich gebessert hatte. Der 2. Fall betraf eine 65 jährige Frau, vor 4 Monaten Apoplexie, complicirt mit rechtsseitiger Hemiparese bei vollkommener Agraphie und Alexie. Parese ging ziemlich zurück. Alle Monate ein epileptischer Anfall, nach welchem die Frau jedesmal wieder paretisch wurde. Stumpf bemerkt v. Gudden gegenüber, dass letzterer leicht Skeptiker werden könne, da er in seinem Berufskreise vorwiegend nur psychische Erkrankungen mit ausgedehnten anatomischen Läsionen zu Gesicht bekäme. Er hege die Vermuthung, dass die Rechts- und die Linkshändigkeit eine Analogie abgäbe zur Rechts- und Linkshirnigkeit und verweist auf die grosse Anzahl durchschlagender Beobachtungen. v. Gudden seinerseits verweist auf Exner's Aufzeichnungen des Sprachgebietes, welches sich weit über die Hemisphäre verbreitet. —

Als Fortsetzung dieser Discussion demonstrirt in der folgenden Sitzung v. Gudden das Gehirn eines Mannes, der einen apoplectischen Anfall erlitten, mit Parese der rechten Extremitäten. Psychische Störungen. Keine Aphasie. In der linken Hemisphäre ausgedehnte Zerstörungen, die alle jene Parthien einnehmen, die man als Sitz der Sprache bezeichnet: die ganze Insel, die Broca'schen Windungen, der Umschlag der Insel in die Schläfenwindungen und ein Theil des Operculum. Wäre der Mann aphasisch gewesen, so hätte er als Schulfall dienen können. Goldstein (Aachen).

II. Société de Thérapeutique zu Paris.

Sitzung vom 26. Januar 1886. (Le Progrès méd. Nro. 6, 1886.)

170) **Huchard:** *Ueber die physiologischen und therapeutischen Eigenschaften des Urethan.* Dies neue Mittel ist der Aethyläther der Carbaminsäure. Es zeichnet sich in erster Linie durch seine hypnotische Wirkung aus. In Wasser ist es leicht löslich. Einmalige Gaben von 3,0—3,5 rufen beim Erwachsenen ruhigen durch nichts gestörten Schlaf hervor. Auch bei Kindern kann das Mittel angewandt werden. Für letztere empfiehlt H. folgende Lösung:

Rp. Urethan 0,2.
Ap. destill.
Aq. florum Aurantii ana 20,0
M. D. S. Innerhalb 2 Tagen zu nehmen.

Nach Vigier ist es wahrscheinlich, dass dieser Körper durch den Urin eliminirt wird. Eine characteristische Reaction für denselben ist bisher nicht bekannt.

171) **Petit:** *Ueber Hopeïn.* Als ein Alcaloid des Hopfens ist dieses neuste Hypnoticum von America importirt worden. P. ist der Ueber-

zeugung, dass es sich in diesem Falle um eine grobe Mystification handle. Hopeïn ist nichts andres als durch Hopfenessenz aromatisirtes Morphium. Es zeigt dieselben chemischen Reactionen wie Morphin. Durch Waschen lässt sich auch der eigenthümliche Hopfengeruch entfernen. Der europäische Hopfen soll kein Hopeïn enthalten, sondern nur der amerikanische. Daher lässt sich auch die Compagnie, die das Monopol für das Mittel besitzt, 1 Gramm mit 3 bis 4 Francs bezahlen, während 1,0 nur 50 Centimes kostet. — (Ref. hat Versuchsweise Abends 0,01 Hopeïn in Wasser gelöst genommen und genau dieselben Erscheinungen an sich wahrgenommen als wenn er eine gleiche Dosis Morphin geschluckt haben würde.) — Damit ist dieser Schwindel für unser Blatt erledigt. Red.

172) **Dujardin-Beaumetz** trägt eine *allgemeine Theorie über die hypnotischen Medicamente* vor.

Man kann dieselben in vier Gruppen theilen: die *Anästhetica*, die *Analgetica*, die *Sedativa des Nervensystems* und *die Hypnotica* im eigentlichen Sinne des Wortes. Letztere allein führen in Wahrheit Schlaf herbei. Den Schlaf erzeugen sie, indem sie Hirnanämie herbeiführen und auf diese Weise die nervöse Zelle beeinflussen. Das Opium, welches Congestion veranlasst, muss daher aus der Liste der Hypnotica gestrichen werden. Die „Virtus dormitiva," die ihm Molière zuschrieb, ist usurpirt. Opium erzeugt ein den Schlaf ersetzendes Wohlbehagen, aber es macht nicht schlafen.

Nach Huchard ist die Gehirnanämie nicht die conditio sine qua non für den Schlaf. Man muss besonders die Modificationen berücksichtigen, die durch das Medicament der Functionirung der nervösen Zelle mitgetheilt werden. Uebrigens giebt es für alle diese Agentien eigenthümliche Idiosyncrasien: Manches Individuum schläft nach Bromkalium, aber nicht nach Hypnon. Es giebt alte Leute, die nach Genuss einer geringen Quantität Schnaps oder einer Tasse Kaffee's besser schlafen als nach 2 oder 3 Gramm Chloralhydrat.

Paul und Féréol sprechen ihre Verwunderung über die von Dujardin-Beaumetz und Huchard vertretenen Ansichten aus. Zu einer Zeit, da man noch so wenig über die Circulationsverhältnisse beim physiologischen Schlafe unterrichtet ist, darf man nicht von Modificationen der Zellen beim pathologischen Schlafe reden. Beide (P. u. F.) behaupten, dass Opium gewiss Schlaf bringt. (Wenige werden andrer Meinung sein. Ref.)

Guyot macht darauf aufmerksam, dass Vulpian in seinen Vorlesungen stets für die Theorie der Hyperämie während des Schlafes eingetreten ist.

Rabow (Berlin).

V. Tagesgeschichte.

Aus Frankreich. *Irrenanstalt von Morbihan.* Das Departement Morbihan ist autorisirt worden 300,000 Francs zur Vollendung der Arbeiten der Irrenanstalt aufzunehmen.

Eine neue Irrenanstalt. Die Kammer hat einen Gesetzentwurf angenommen, der das Departement la Somme ermächtigt, eine Anleihe von 1,905000 Francs zu machen. Diese Summe soll zum Theil zur Erbauung einer Bezirksirrenanstalt dienen. (Le Progrés méd. Nro. 3 1886.)

Aus Dresden. *Haschisch-Psychose.* Ein Schuhmacher verfiel plötzlich in Tobsucht, zerschlug Alles was ihm unter die Hände kam und wurde gegen Personen aggressiv, so dass die Polizei interveniren und den Geisteskranken nach dem Stadtkrankenhause überführen musste. Die Untersuchung stellte fest, dass es sich um eine acute Intoxicationspsychose handelte, hervorgerufen durch den Genuss von Haschisch-Extract (s. g. Haschisch-Pillen, aus Cannabis indica bereitet). Der Kranke hatte dieselbe von einem Barbier erhalten, der an verschiedene Personen von diesen Pillen abgegeben hatte um eine angenehme rausch-ähnliche Erregung zu erzeugen. Bei keiner der Personen, die von den Pillen genossen hatten, soll eine derartige gewaltige Aufregung entstanden sein, wie es bei dem Schuhmacher der Fall war.

VI. Personalien.

Offene Stellen. 1) Sorau, Assistenzarzt, 2000 M., freie Wohnung, Heizung etc. 2) Allenberg (Ostpreussen), III. Arzt (Assistenzarzt), sofort, 1200 M. und freie Station. 3) Hildesheim, Assistenzarzt, 900 M. und fr. Stat. I. Cl. 4) Königslutter, 3. Assistenzarzt, 1000 M. und freie Station. 5) Bunzlau, II. Arzt. 6) Klingenmünster, II. Assistenzarzt, sofort. 1200 M. und fr. Stat. 7) Roda (Sachsen-Altenb.) Assistenzarzt, 1. April. 1000—1200 M. und freie Station, Verpflichtung auf ein Jahr. 8) Hannover, Stadtkrankenhaus, Irrenstation und eine Abtheilung der medic. Station, Assistensarzt, 1. April, 1000—1200 M. und freie Station. Meldung an den Magistrat in Hannover. 9) Bernburg, Assistenzarzt 1500 M. und freie Station. Persönliche Vorstellung nöthig. 10) Halle-Nietleben, II. Arzt, alsbald. 3000 M., Familienwohnung etc. 11) Dalldorf, Volontairarzt, sofort, 600 M. und freie Station.

Ernannt. Alt-Scherbitz: II. Arzt, Herr Dr. Mayser aus München. Dr. Hauptmann in Gleiwitz, unser verehrter Mitarbeiter, erhielt den Titel Sanitätsrath. Allenberg: II. Arzt, Herr Dr. Fommer.

VII. Berichtigung.

In Bezug auf das Referat Nro. 89 im 4. Heft dieses Centralblattes pag. 105 macht mich Herr College Richter darauf aufmerksam, dass der betr. Kranke *kein* Paralytiker war. Dieser Umstand ist insofern von Bedeutung, als damit die bestehende Hemianopsie um so sicherer auf den Erweichungsherd im r. Hinterhauptslappen zurückgeführt werden konnte. Langreuter (Eichberg).

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten das Abonnement auf das II. Quartal 1886 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke“ zu Bendorf bei Coblenz.

9. Jahrg. | 1. April 1886. | Nro. 7.

Inhalt.

I. Originalien.

I.

Ueber eine eigenthümliche Form von Gesichtsillusion.

Von Dr. OTTOMAR ROSENBACH,
Privatdocent an der Universität Breslau.

Die Beurtheilung und Classification abnormer Erscheinungen im Gebiete des Seelenlebens, welche uns bei der Analyse ausgesprochener

Fälle von geistiger Erkrankung in scheinbar so verwirrender Regellosigkeit und Mannigfaltigkeit entgegentreten, würde sehr erleichtert werden, wenn es gelänge in ausreichender Weise Kenntniss von jenen geringen Graden abnormer psychischer Reaction — in der Verknüpfung von schon gebildeten Vorstellungen oder in der Verwerthung und Abschätzung von Sinneswahrnehmungen — zu erhalten, welche bei normalen Menschen theils in Folge äusserer Einflüsse, theils als Effect gewisser im Innern des Körpers sich abspielender Vorgänge (Ermüdung, Krankheit) auftreten, aber wegen ungenügender Selbstbeobachtung oder was nicht selten der Fall ist, in Folge von individueller Aengstlichkeit oder Zurückhaltung nicht zur Mittheilung an den competenten Beurtheiler gelangen.

Diese leichten Grade veränderter geistiger Thätigkeit, welche nur von intelligenten, an Selbstbeobachtung und psychische Analyse gewöhnten Personen als Abweichung von der gewohnten Form der Wahrnehmung oder der Gedankenverbindung empfunden werden, sind deshalb so wichtig, weil sie, in die Breite der physiologischen Gehirnthätigkeit fallend, auch für das Gebiet der Psyche den Satz: natura non facit saltum an der Analogie physiologischer und pathologischer Gedankenarbeit zu erhärten geeignet sind und weil in ihnen der Schlüssel für das Verständniss derjenigen Erscheinungen liegt, welche unter dem Einflusse dauernder oder grob materieller Functionsstörung des Gehirns vergrössert und verzerrt und darum scheinbar isolirt und unerklärlich dastehend, die wesentlichen Züge in dem Bilde der Geisteskrankheit ausmachen. Wir haben deshalb wohl das Recht in allen den Fällen in denen geschulte, intelligente Beobachter uns Schilderungen gewisser wirklich vorhandener oder ihnen wenigstens als solche erscheinender Abnormitäten in der Sphäre der Perception oder des inneren Gedankenlebens geben, diesen Angaben auch einen objectiven Werth beizumessen und sie als berechtigtes inductives Material nach den oben erwähnten Gesichtspunkten zu benutzen. Diesem Verfahren verdanken wir ja bereits eine Reihe von interessanten Ergebnissen, so z. B. die Kenntniss gewisser Zwangsvorstellungen, der Doppelempfindungen, der Erinnerungstäuschungen, der conträren Sexualempfindung, der Agoraphobie, der Grübelsucht, von Zuständen, die auf den ersten Blick wenig Gemeinsames haben, aber sich bei genauerer Beobachtung doch unschwer unter die Categorie der subjectiven Selbstbeobachtungen bei geistig anscheinend normalen Individuen einreihen lassen. Es mag deshalb gestattet sein eine eigenthümliche Form von Illusion zur Kenntniss der Fachgenossen zu bringen, da sie von einem sehr gebildeten und wie wir mit Bestimmtheit glauben, zuverlässigen Berichterstatter stammt, der sich so häufig und regelmässig unter denselben äusseren Verhältnissen in ihrem Banne befunden hat, dass er es für nöthig hielt, seine Beobachtungen dem Arzte zu unterbreiten.

Der Betreffende, 40 Jahre alte, aus geistig völlig gesunder Familie stammende Herr X., dessen körperliches Befinden abgesehen von leichten zeitweise auftretenden Verdauungsstörungen und periodischer Schlaflosigkeit ein völlig zufriedenstellendes ist, zeigt bei der mehrfach vorge-

nommenen eingehenden Untersuchung völlig normales Functioniren aller Organe; nur besteht ein mässiger Grad von hereditärer Kurzsichtigkeit. Der Beruf des Herrn X. erfordert eine bedeutende geistige Anstrengung; namentlich wird längerdauernde Beschäftigung mit schwierigen schriftlichen Arbeiten oft erforderlich; doch kann er seine Thätigkeit ohne Beschwerden ausüben. Seit einigen Jahren bemerkt er, dass er, nach angestrengter Arbeit auf die Strasse tretend, die Empfindung habe als ob die ihm begegnenden Personen fast nur Bekannte seien. Er trifft namentlich in der ersten Zeit nach dem Verlassen seiner Wohnung kaum einen Menschen, an dem er nicht die Physiognomie eines Bekannten zu entdecken glaubt und diese Illusion geht so weit, dass er in nicht seltenen Fällen, in denen er ihm Näherstehende vor sich zu sehen vermuthet, sich zum Grüssen oder zur persönlichen Anrede anschickt, bis er seinen Irrthum gewahr wird. Wenn er zu solcher Zeit in einen Pferdebahnwaggon einsteigt oder in ein Restaurationslocal eintritt, so zeigt ihm der erste Blick, der auf eine Person fällt, gewiss eine bekannte Physiognomie und wenn er, sich seines Irrthums bewusst werdend, sein Auge auf einen andern Anwesenden richtet, wiederholt sich derselbe befremdende Vorgang. Ja, die Illusion ist manchmal derartig, dass er bekannte oder befreundete Personen, deren Existenz ihm völlig aus dem Gedächtnisse geschwunden war oder an die er wenigstens lange Zeit gar nicht gedacht hatte, vor sich zu sehen glaubt; nicht selten sieht er sogar längst Verstorbene vor sich auftauchen und erst, wenn er sich bei näherem Nachdenken dieses Umstandes bewusst wird, kann er bei nochmaligem Fixiren der betreffenden Physiognomie seinen Irrthum erkennen. Der Vorgang ist überhaupt im Speciellen der, dass er im ersten Augenblick des Hinsehens die bekannte Persönlichkeit vor sich stehen sieht, dass er aber bei näherem Hinsehen sofort klar darüber ist, dass eine Verwechselung vorliegt, die nur auf irgend einem äusseren Umstande, Aehnlichkeit des Bartes, der Kleidung, des Hutes, auffallender Gesichtsfarbe beruhen kann. Nichtsdestoweniger erweckt aber ein Blick, welcher unwillkürlich nach einiger Zeit wieder auf die Physiognomie fällt, die vorher die Täuschung hervorrief, so oft von neuem die geschilderte Illusion, die aber sehr schnell durch das Bewusstwerden des früheren Vorganges corrigirt wird, bis eine mit voller kritischer Absicht dem Objecte zugewandte Beobachtung und Analyse festgestellt hat, in welchem rein äusserlichen Momente die Entstehung der sonderbaren Vorstellung zu suchen ist. Unser Berichterstatter, der für Physiognomien ein gutes Gedächtniss hat, aber durchaus kein Mensch ist, der Aehnlichkeiten *sucht*, eine Beschäftigung, die ja vielen Menschen eigen ist, schildert es sehr drastisch, wie überrascht er jedesmal ist, nach genauer kritischer Durchmusterung der ihm vorher so bekannt erscheinenden Gesichtszüge, oft kaum einen Zug entdecken zu können, der ihn an das ihm vorher so wohl bekannte Bild eines Freundes oder Bekannten mit Sicherheit erinnere und wie er vergeblich sich Rechenschaft darüber abzulegen versuche, welcher äussere Umstand zu dem Auftreten der Sinnestäuschung Veranlassung gegeben habe.

Die Zeit, in welcher unser Berichterstatter derartigen Gesichtstäuschungen unterworfen ist, variirt, je nach den begleitenden Umständen, von einer halben bis zu einer ganzen Stunde und es wiederholen sich die beschriebenen Erscheinungen, das Auftreten der Illusion und ihr Verschwinden bei genügender Fixation der Aufmerksamkeit bisweilen in einer Reihe von 8 oder 10 Fällen. Je mehr sich die Aufmerksamkeit concentrirt, d. h. je mehr er seine Gedanken von dem ihn augenblicklich intensiv beschäftigenden Gegenstande abzuziehen und dem realen Objecte seiner Illusion zuzuwenden vermag, desto schneller geht das Phänomen vorüber, desto seltener wiederholt sich die Täuschung des Urtheils in demselben Falle und desto schneller tritt auch beim Anblick anderer Personen die richtige Beurtheilung der Physiognomie ein. — Wir wollen uns enthalten aus der hier mitgetheilten Beobachtung weitgehende Schlüsse zu ziehen oder Erklärungsversuche zu machen und behalten uns vor dies zu thun, wenn ähnliche Mittheilungen von anderen Beobachtern ein reichlicheres casuistisches Material liefern sollten. Wir möchten hier nur besonders darauf hinweisen, dass die eigenthümliche Form der Illusion bei unserm Patienten nur unter dem Einflusse *mangelnder Aufmerksamkeit* für äussere Eindrücke zu Stande kommt, und dass sie bei stärkerer Bewusstseinsconcentration sofort rectificirt wird, um trotzdem nach erneuter Ablenkung des Geistes bei nochmaliger Perception des Objectes wieder aufzutauchen.

Es liefert unser Fall einen Beweis dafür, in welch zwingender Weise bei lebhafter, durch vorangegangene Gedankenarbeit bedingter und fortdauernder Gehirnthätigkeit durch gewisse scheinbar fernliegende äussere Momente der Anstoss zu Vorstellungen und Combinationen gegeben wird, die, weil ihnen der Regulator der Aufmerksamkeit fehlt, nothwendigerweise irrthümliche werden müssen. Wenn unser Gewährsmann durch die Farbe oder den Schnitt des Bartes oder irgend ein anderes unwesentliches Merkmal, welches in einer entfernten Beziehung zu dem äusseren Habitus einer bekannten Persönlichkeit steht, veranlasst worden wäre das Bild dieses Bekannten, dessen er vielleicht Jahre lang nicht gedacht hatte, in der Erinnerung wach zu rufen, so dürfte man in diesem Vorgange nichts weiter als eine der alltäglich vorkommenden und durch manchmal recht fernliegende Sinneswahrnehmungen hervorgerufenen Ideenassociationen erblicken, — wenn unser Patient aber diesen Bekannten wirklich vor sich zu sehen glaubt und, trotzdem er sich bei wachgerufener Aufmerksamkeit seines Irrthums bewusst wird, doch im nächsten Moment, sobald er die ursprünglich ihn beschäftigende und ablenkende Gedankenreihe fortspinnt, wieder derselben Täuschung anheimfällt, wenn also eine thatsächliche Objectivirung der durch irgend ein rein ursprüngliches Merkmal in der Vorstellung wachgerufenen Bildes stattfindet, dann haben wir in dem Vorgange ein lehrreiches Beispiel nicht nur für die Entstehung irrthümlicher aus irgend welchen Sinneswahrnehmungen hervorgehender Vorstellungen, sondern vor allem von dem Modus ihrer körperlichen Projection in die Aussenwelt. Der psychische Vorgang, wie er sich aus unserer Schilderung ergibt, ist also

wesentlich verschieden von dem Hergange bei der Entstehung der durch unsichere Sinneswahrnehmungen entstehenden Illusionen, bei denen ein unklares Netzhautbild zu falschen Vorstellungen Veranlassung gibt, und er scheint uns, da er in die Breite normaler Hirnfunction fällt, besonders geeignet die nahen Beziehungen physiologischer und pathologischer Denkthätigkeit zu illustriren. Wenn Jemand im Dunklen einen Baum für eine menschliche Gestalt hält, so fällt der Irrthum nicht einer mangelhaften Function in der psychischen Sphäre zur Last, sondern er ist ein Resultat ungenügender Function des Sehvermögens, welches in der Dunkelheit nur die allgemeinen Umrisse überliefert erhält und fixiren kann und die Täuschung kann selbst bei grösster Aufmerksamkeit nicht vermieden werden, da in der Finsterniss die Netzhaut nicht genügend erregt wird. Hier kann nur die Betastung oder Betrachtung des Gegenstandes aus nächster Nähe oder bessere Beleuchtung, die die Contouren des Objectes genügend markirt, Abhilfe schaffen. Anders liegen die Verhältnisse in unserem Falle; denn hier functionirt das Sehorgan im hellen Tageslichte, das Object steht deutlich vor dem Beobachter, der aber seine Aufmerksamkeit anderen Dingen zugewandt hat und die Illusion ist durch mangelnde Kritik der beim Anblick des Objectes entstehenden Vorstellungsreihen ausgelöst; das Erwachen der Aufmerksamkeit corrigirt den Irrthum, ohne doch auf die Dauer vor demselben zu schützen.

II.

Ueber recidivirende Facialislähmung.

Von P. J. MÖBIUS.

Ausser dem in Nro. 3 dieses Bl. pag. 82 berichteten Falle habe ich neuerdings ein Recidiv bei Facialislähmung beobachtet.

Der 51 jähr., aus gesunder Familie stammende Gutsbesitzer G. hatte, von den Kinderkrankheiten und allgemeiner Nervosität abgesehen, sich immer wohl befunden. Nur war er 1868 nach einer heftigen Erkältung schmerzlos an einer rechtsseitigen Facialislähmung erkrankt, welche 3 Wochen lang gedauert hatte, und 1876 war wieder eine Facialislähmung, aber eine linksseitige, aufgetreten. Dieses Mal hatten mässige Schmerzen in der Ohrgegend und im Nacken den Eintritt der Lähmung begleitet. Die Behandlung hatte im 2. Anfalle Prof. E. Wagner geleitet und nach etwa 4 Wochen war die Heilung erreicht worden.

Am 25. Januar 1886 waren nach einer Fahrt im offenen Wagen heftige reissende Schmerzen im Nacken aufgetreten, welche sich am folgenden Tage nach der Gegend des rechten Ohres hinzogen, am 3. Tage in der rechten Backe und den Zähnen wütheten.

Am 3. Tage hatten sich rechts die dem Kr. schon bekannten Anfänge der Facialislähmung gezeigt und innerhalb 24 St. war die letztere vollständig geworden. Seitdem hatten die Schmerzen beträchtlich abgenommen, traten aber zeitweise wieder auf, sobald die

Winterkälte auf das Gesicht einwirkte. Störungen des Gehörs oder des Geschmacks hatte der Kr. nicht wahrgenommen.

Bei der Untersuchung am 2. Februar fand sich complete und totale rechtsseitige Gesichtslähmung mit normaler elektrischer Erregbarkeit, an Zunge, Ohr, Gaumen nichts Krankhaftes, sehr grosse Druckempfindlichkeit der Gegend des Foram. stylomastoideum. Am 6. Febr. war die Erregbarkeit des N. facialis dext. stark herabgesetzt. Der Kr. klagte noch über herumziehende Schmerzen. Am 12. Febr. fand sich, mit Ausnahme der vom r. frontalis versorgten Muskeln, im ganzen Facialisgebiete Entartungsreaction. Die Schmerzen hatten aufgehört, die Druckempfindlichkeit neben dem Ohre war geschwunden. Die Motilität im Frontalgebiete war wiedergekehrt. Am 26. Febr. Beginn der Motilität im Lev. labii. sup., am 6. März im Triangularis ment. Z. Z. (Mitte März) fortschreitende Besserung.

Mir scheint, dass man die recidivirende Facialislähmung nicht mit periodischen Lähmungen, bei welchen die einzelnen Anfälle Wirkungen einer zu Grunde liegenden Veränderung sind, auf eine Stufe stellen darf. Vielmehr dürfte sie der gewöhnlichen, sog. rheumatischen Facialislähmung wesensgleich sein: die Krankheit befällt in der Regel den Menschen nur ein Mal, in seltenen Fällen aber wiederholt sie sich, sei es dass eine gesteigerte Disposition besteht, sei es dass durch das einmalige Ueberstehen keine Immunität erreicht wird. Am nächsten liegt die Vergleichung mit gewissen acuten Infectionskrankheiten, z. B. den Masern, dem Scharlach. Auch diese treten in seltenen Fällen mehrfach bei demselben Individuum auf. Dass auch die gewöhnliche Facialislähmung auf einer Infection beruht, ist ja sehr wahrscheinlich. Ihre Beziehung zur Erkältung ist offenbar dieselbe wie die der croupösen Pneumonie.

Abgesehen von dem Mehrfachen der Lähmung dürften im obigen Falle die lebhaften Schmerzen bemerkenswerth sein. Das Bestehen initialer Schmerzen, zuweilen auch anderer sensorischer Erscheinungen, bald im Gebiete des Auricul. mgn. oder der Occipitales, bald in einzelnen Trigeminusgebieten ist bei Facialislähmungen häufiger, als es nach den Lehrbüchern scheint, und steht oft in directem Verhältniss zur Schwere der Erkrankung. Wenigstens fehlen die sensorischen Symptome in leichten Fällen wohl immer. Dem entspricht, dass im obigen Falle das erste Mal gar keine, das 2. Mal mässige, das 3 Mal heftige Schmerzen eintraten, die Lähmung erst 3, dann 4 Wochen dauerte, das 3. Mal von Entartungsreaction begleitet war, sich demnach über einige Monate erstreckt. Wie die zunehmende Schwere der Erkrankung zu erklären sei, steht dahin, vielleicht erklärt sie die mit dem Alter wachsende Abnahme der Widerstandsfähigkeit.

Nur anhangsweise will ich noch einen 3. Fall erwähnen. Ein 20 jähr. Schlosser stellte sich Ende 1885 in der hiesigen med. Poliklinik vor mit completer linksseitiger Gesichtslähmung, ohne Betheiligung des Geschmackes, des Gaumens, ohne elektrische Abnormitäten. Er gab an, dass er seit dem Eintritte in die Lehre links schwerhörig sei, erst in den letzten 4 Jahren habe sich zeitweise eine dünne gelb-

liche Flüssigkeit ohne Schmerzen aus dem linken Ohr entleert. Im 13. Lebensjahre sei 3 Wochen lang das Gesicht nach rechts verzogen gewesen, ebenso lange habe die gleiche Lähmung vor 2 J. bestanden. Jetzt sei die linke Gesichtshälfte vor 5 Tagen nach einer Erkältung gelähmt worden. Gesteigerte Beschwerden von Seiten des Ohres bestanden nicht, auch kein Ausfluss. Prof. Hagen, welchem ich den Kr. zur Untersuchung schickte, diagnosticirte langjährigen Mittelohrkatarrh. Nach $3^1/_2$ W. war die Lähmung gänzlich verschwunden.

Es ist wohl am wahrscheinlichsten, dass hier die 3 mal auf der Seite des kranken Ohres eintretende Gesichtslähmung auf eine directe Läsion des N. facialis durch die Otitis media zu beziehen sei. Immerhin ist das wiederholte Auftreten einer leichten Facialislähmung unter diesen Umständen interessant.

III.

Nachtrag zu meinem Falle von idiopathischem Zungenkrampf.

Vom Herausgeber.

Bei der Angabe der Literatur über Hypoglossuskrampf habe ich die Mittheilung von E. Remak: *„Ein Fall von Hypoglossuskrampf“* (Berl. Klin. W. 1883. pag. 513) übersehen. Ich bedauere dies um so lebhafter, als der Fall Remak's dem meinigen sehr ähnlich ist, und weil Remak die Erkrankung auch als eine centrale auffasst. Letzteres betone ich auch deshalb hier, weil, wie ich nachträchlich sehe, in einem Referate*) über seine Arbeit ihm irrthümlich die Annahme einer peripheren Localisation zugeschrieben wird.

In dem Remak'schen Fall bestand auch eine Mitbetheiligung des unteren Facialis auf der Höhe des Hypoglossuskrampfes; dieselbe war aber viel intensiver als bei meinem Patienten, der indessen auch keine Facialisparese zeigte, wie der Remak'sche Kranke. Ich habe in Folge dessen dieser Mitbetheiligung des Facialis keine besondere Beachtung beigelegt, schliesse mich aber dem Erklärungsversuch Remak's: Uebergreifen des krampfauslösenden Reizzustandes vom Hypoglossuskern auf den benachbarten Facialiskern unbedenklich an.

Remak kommt ferner noch, gestützt auf Experimente von Hitzig und Munk zur Auffassung einer Corticalerkrankung; in diesem Falle würde sich sein Fall in die partielle corticale Epilepsie einreihen, für welche Annahme vielleicht auch die Angabe seines Patienten sprechen dürfte, dass während den Anfällen ein gewisses Gefühl von *Ohnmacht* bestanden hat. In meinem Falle gingen dem Zungenkrampf anfallsweise auftretende Zuckungen in den Beinen vorher und später folgten — wie ich in diesen Tagen von dem Patienten vernahm — nachdem der Zungenkrampf schon längst verschwunden war, Zuckungen in den Armen. Man könnte diese Symptome, obwohl das symmetrische Auftreten die Sache etwas erschwert, auch auf Corticaler-

---

*) Dieses C.-Bl. 1883 pag. 471.

krankung zurückführen. Ich möchte aber doch der Annahme der partiellen Corticalepilepsie um des Willen nicht beistimmen, weil wir derartige sicher gestellte Fälle bislang nur als durch organische Herde bedingt kennen gelernt haben. Und daran sollten wir vorläufig festhalten. Die schnelle Heilung beider Patienten — des Remak'schen in 8 Tagen, des meinigen in 3 Wochen — spricht doch zweifellos für eine sog. functionelle Läsion, und die Annahme einer localisirten corticalen functionellen Erkrankung halte ich doch nicht für opportun.

II. Original-Vereinsberichte.

I. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung am 3. März 1886.

173) Langgard: *Zur Coffeinwirkung.*

Beim curarisirten Hunde hob nach einer Beobachtung des Vortr. eine intravenöse Coffeininjection die Curarevergiftung auf. Versuche an Kaninchen, denen gleichzeitig Curare und Coffein gegeben, bestätigten den lebensrettenden Effekt des Coffeins bei Curarevergiftung mit der Einschränkung, dass die Dosis Curare nicht zu gross sein durfte und dass sogleich nach der Applikation desselben das Coffein dargereicht werden musste. Vortrag. sucht weiter die antidotische Wirkung des Coffeins zu erklären. Von einem Einflusse des Coffeins auf die Nervenendigungen insbesondere die der Athemmuskeln, durch deren Lähmung Curare tödtlich wirkt, ist nichts bekannt. Es müssen desshalb andere Verhältnisse in Betracht kommen. Bei näherer Betrachtung der Curarevergiftung beim Thier, in Bezug auf den zeitlichen Verlauf zeigt es sich, dass nicht alle Muskeln gleichzeitig ausser Thätigkeit gesetzt werden, dass vielmehr die Athemmuskeln zuletzt ergriffen werden und bei künstlicher Respiration auch zuerst wieder in Thätigkeit treten. Ferner zeigt sich bis zuletzt eine gewisse Erregbarkeit des Nervensystems, indem die Thiere unter leichten Zuckungen zu Grunde gehen und sich experimentell schwache Reizeffekte an den Nerven, auch am N. phrenicus, nachweisen lassen. Die Wirkung des Coffein ist nun eine erregende für Gehirn, Rückenmark, Respirationscentrum, aber auch nicht weniger für die quer gestreiften Muskeln, deren Leistungsfähigkeit erhöht wird, und auf diesen Wirkungen beruht der antidotische Einfluss des Coffeins bei Vergiftungen mit Giften, die dem Curare ähnlich wirken z. B. Coniin und Miesmuschelgift. Die Versuche mit ersterem ergaben kein sicheres Resultat, da die Wirkung desselben eine zu schwankende war. Gegen Vergiftung mit Miesmuschelgift dürfte sich die Anwendung des Coffeins empfehlen.

Otto (Dalldorf).

II. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

(Sitzung am 30. Januar 1886.)

174) **Emil Moravcsik.** *Ueber den Alcoholismus auf Grund klin. Beobachtungen.*

Bei Alcoholisten beobachtete der V. an der Klinik des Referenten, ausser der localen und totalen Muskelcontraction, auch eine indirekte Wirkung des Schlages, d. h. ein Reflexzucken in den entfernter gelegenen Muskelgruppen. Er fand, dass die geeigneteste Stelle zur Beobachtung der mechan. Reizbarkeit der Muskeln die 2—3. Rippe nahe zum Sternum ist, er benannte desshalb die auf den Schlag eintretende Erscheinung der Kürze halber „Rippenerscheinung“. Er unterschied drei Grade der Muskelerscheinung: 1) *hohen Grad*; 2) *mittleren Grad*; 3) *kleineren Grad.* Bei 40% war sie hohen Grades, bei 39,6% mittleren Grades, bei 20,48% kleinen Grades. — Er beobachtete eine Verlangsamung im Signalisiren der Haut- und Schmerzempfindung. Verschwommenes, verschleiertes Sehen, Amblyopia alcoholica; stumpferen Geruch- und Geschmacksinn fand er immer. Reissende Schmerzen in den Unterextremitäten.

Mit Hilfe des Marey'schen Polygraphen nahm er Tremorcurven auf, welche die drei Stadien des Delir. trem. getreu wiederspiegeln. Auf dem Höhepunkte der Krankheit sind die Curven sehr unregelmässig und die Curvengruppe wellenförmig. Mit dem Nachlassen des Anfalles werden die Curven kürzer und regelmässiger. Bei Deliranten fallen auf einen Centimeter 9—10 Curven.

Vortr. beobachtete öfter Gesichtsfeldverengerungen. Bei der Untersuchung der Farben machte er die Beobachtung, dass die nämlichen Individuen einigemal neben den einzelnen Farben oder in der Mitte derselben deren Complementär-Farben in Form eines dünnen Streifens sahen. Dies bezog sich hauptsächlich auf die blaue, rothe und grüne Farbe.

Die aus verschiedener Entfernung gehörte Stimme erweckte Illusionen verschiedener Intensität. Bei den Tönen eines Handharmoniums sah der Delirant sofort tanzende Gestalten und je stärker der Ton war, um so grössere Gesellschaft erschien vor ihm. Bei der Beschreibung der Kleider der Tanzenden war die blaue und rothe Farbe vorwiegend.

Schliesslich beschreibt er einen eigenthümlichen bei den Alcoholisten beobachteten Zustand, den man vielleicht *Alcohol-Neurasthenie* nennen könnte. Er beobachtete in Allem vier Fälle, die sich so ziemlich glichen. Bei allen war der übertriebene Alcoholgenuss nachweisbar; erbliche Anlagen und Syphilis waren nicht vorhanden. Alle 4 gehörten dem Mittelstande an, 35—40 jährige, kräftige Männer. Symptome: Pupillardifferenz bei prompter Reaction, die belegte Zunge zittert, Facialis paretisch, kleiner Tremor in den Händen, Patellarreflex regelmässig, mechanische Reizbarkeit der Muskeln ist mittleren Grades. Gang ziemlich sicher, etwas plump. Hautempfindung regelmässig. Die Kranken beklagen sich hauptsächlich über auf das Schädeldach sich beschränkende Kopfschmerzen, zeitweise befällt sie Schwindel

und unerklärliche Schwäche. Nächte schlaflos. Es übermannt sie plötzliche unbegründete Furcht, besonders wenn sie allein sind. Ihre Arbeitskraft ist geschwächt. Unerschöpfliche Klagen, deren Grund hauptsächlich Parästhesien sind. Geschlechtstrieb ist erhöht, Pollutionen trotz Coitus sehr häufig. Zwangsvorstellungen. Die Intelligenz ist vollständig intact, Erinnerungsdefecte kommen keine vor. Besserung nach 1—2 jähriger Krankheitsdauer. Die Therapie besteht erstens im Reduciren, später im Einstellen des Alcoholverbrauchs. Man lasse die Kranken viel Bewegungen machen und gewöhne sie zur geregelten Arbeit. Prof. Laufenauer (Budapest).

III. Referate und Kritiken.

175) **G. A. Guldenberg:** Ueber das Centralnervensystem der Bartenwale. (Christiania Vidensk.-Selsk. Forhandlgr. 1885. Nro. 4. 154 S. V. Pl.)

Trotz einiger recht verdienstlicher Arbeiten über die vergleichende Anatomie der Wale sind unsere Kenntnisse über deren Centralnervensystem noch so gering, dass jeder neue Schritt auf diesem Gebiete willkommen sein wird. Der Verf. der vorliegenden Schrift schildert in anschaulicher Weise die Schwierigkeiten bei der Beschaffung des nöthigen Materiales; deren ungeachtet gelang es ihm 2 Gehirne von erwachsenen Balaenoptera musculus und je ein Gehirn des Fötus von *Balaenoptera Sibbaldii* und *Magaptera boops* zu erwerben, ausserdem noch verschiedene Stücke Rückenmark der genannten Thiere. Zur Vergleichung dienten ihm die Grosshirnhemisphären einer erwachsenen *Balaenoptera borealis* und mehrerer Gehirne und Rückenmarke von *Phocaena communis*.

Er fand bezüglich des *Rückenmarkes:* dasselbe reicht höchstens bis zum 4. Lumbalwirbel, es zeigt bei kleinen Föten noch eine deutliche Lendenanschwellung, die später mehr und mehr verschwindet, den Wirbelkanal füllt es bei weitem nicht aus, es ist auch im Verhältniss zum Gehirn und zur Körpergrösse auffallend dünn. Umgeben ist es von einem reichhaltigen arteriellen Gefässplexus, besonders in der Halsregion.

Auf dem Querdurchschnitte erscheint das Vorderhorn um sehr vieles grösser als das sehr verkümmerte Hinterhorn, der Centralkanal war im Halsmarke erwachsener Thiere verstrichen, die Fissura longitudinalis posterior fehlte ebendort. Die Nervenelemente erreichten höchstens die Dimensionen der gleichnamigen bei Mensch oder Hund.

Die vorderen Spinalwurzeln sind viel dicker als die hinteren.

Bezugs des *Gehirnes* ist zu bemerken, dass dasselbe die Schädelhöhle nicht ausfüllt; besonders zu beiden Seiten der Basis wird es von mächtigen arteriellen Gefässnetzen umlagert. Der Breitendurchmesser überwiegt gewöhnlich den Längsdurchmesser, doch nicht so stark wie bei den Delphinen. Das Kleinhirn ist sehr gross. Die Corpora candicantia sind nur schwach angedeutet. Der Lobus olfactorius ist beim Fötus relativ viel grösser als beim Erwachsenen. Der

Lobus insulae ist sehr gross. Das Corpus callosum ist ziemlich dünn, vorne aber noch am meisten entwickelt. Die vordere Hirncomissur ist weniger entwickelt, als die beiden anderen. Der Thalamus opticus ist auffallend gross, die Corpora striata klein. Das Septum pellucideum ist sehr gross, der Fornix über dem Thalamus breit und dünn.

Die Hauptfurchen treten beim Fötus schon sehr früh auf, ihre Entwicklung steht in keiner Beziehung zur Schädelcavität, sondern sie sind wie bei den Delphinen hauptsächlich längs gerichtet, während man von dem äusserst brachycephalen Schädel auf quer gerichtete schliessen müsste. Nebenfurchen sind ausserordentlich zahlreich vorhanden. Der Verf. hat versucht die Homologien zwischen den Hauptfurchen der Cetaceen und jenen der Ungulaten und Carnivoren aufzusuchen; ich freue mich constatiren zu dürfen, dass er sich dabei an meine diesbezüglichen Arbeiten angeschlossen hat.

Das Hirngewicht der Balaenopteriden scheint grösser zu sein als das der Balaeniden. Das absolute Hirngewicht der Cetaceen ist das grösste existirende, das relative hingegen ist kleiner als bei irgend einem anderen Säugethiere. Krueg (Oberdöbling bei Wien).

---

176) **Giacomini:** Nuovo processo di conservazione delle secioni microscopiche. (Eine neue Conservirungsmethode für mikroskopische Schnitte.) (Nach einem in der Section für Anatomie und Physiologie des medicinischen Congresses zu Perugia am 17. September 1885 gehaltenen Vortrage.)

Die Versuche, deren Resultat in der vorliegenden Arbeit veröffentlicht wird, verfolgten den Zweck, für die Conversirung von Gehirn- und Rückenmarksschnitten eine Methode zu finden, bei der die bisher übliche doppelte Glasbedeckung durch eine einfache, das Präparat allseitig einschliessende Gelatineplatte ersetzt wird.

Der Vortheil einer solchen Methode besteht einmal darin, dass derartige Präparate weit weniger zerbrechlich sind und somit transportabler, sowie geeigneter, in einem grösseren Auditorium ohne Gefahr demonstrirt und herumgereicht zu werden. Ferner sind dieselben viel bequemer unterzubringen, indem man sie beliebig über einander schichten, in ein Album stecken, überhaupt wie eine einfache Abbildung behandeln kann, und endlich sind sie erheblich billiger, sowohl in der Herstellung, durch Ersparung von Glasplatten, als auch in der Aufbewahrung, wobei zugleich die räumlichen Verhältnisse in Betracht kommen können (G. hatte den ihm in den Repositorien zu Gebote stehenden Flächenraum von 100□ Meter fast völlig besetzt.)

Verf. sieht in seiner Methode einen erheblichen Fortschritt in der Methodik des neurologischen Studiums, sowohl für die Universität, als auch für die Bedürfnisse des praktischen Arztes, dem auf diese Weise die Originalpräparate zugänglich gemacht werden können.

Besonders vortheilhaft erwies sich das Verfahren für solche Präparate, welche nur für Lupenvergrösserung bestimmt sind, namentlich auch bei Anfertigung von Schnittserien, indem man bis 300 Schnitte auf einer einzigen Platte vereinigen kann.

Geradezu vorzüglich ist sie für die sonst so schwierig zu behandelnden Totalschnitte durch das Gehirn, zumal eine bedeutendere Dicke (bis über 1 mm.) gar kein Hinderniss für die Einschliessung bildet.

Auf eine Beschreibung der Methode, welche detailirt mit allen Manipulationen und Vorsichtsmassregeln gegeben wird, kann hier nicht eingegangen werden. Das Wesentliche des Vorganges besteht in Folgendem:

Die Gelatinplatte kommt durch Erstarrung einer Schicht Gelatine über einer Glastafel zu Stande, welche einer besonderen Vorbereitung bedarf, damit das fertige Präparat zuletzt abgelöst werden kann. Die Schnitte werden in die noch flüssige Gelatine eingetragen, beide Seiten des Präparates werden zum Schutze mit einem dünnen Collodiumüberzuge versehen (der untere ist bei der Präparation der Glasplatte einbegriffen).

Die Methode dürfte sich auch für anderweitige Gewebsschnitte als geeignet erweisen. Nagel (Halle).

---

177) **v. Langer** (Wien): Ueber Kaumuskellähmung und Trismus bei Herderkrankungen des Gehirns. (Wien. med. Wochenschr. 1886 Nro. 5.)

Ein 46jähriger Mann erlitt im November 1884 einen Schlaganfall mit rechtsseitiger Hemiplegie und Facialisparese; Besserung nach 6 Wochen. Am 9. April 1885 hatte er einen zweiten Anfall mit vollständiger Aphasie, Hemiplegie und Anästhesie rechts, Parese des Facialis und der unteren Extremität links. An drei Tagen Trismus, am vierten (seinem letzten) schlaff herabhängender Unterkiefer. (Agonie?)

Bei der Section fand sich in der Aorta ascendens ulcerative chronische Endarteriitis, in der linken Art. foss. Sylvii ein alter, in der rechten ein neuer Trombus. Ein älterer Erweichungsherd im grössten Theil der linken ersten und zweiten Schläfewindung, der angrenzenden Partie der mittleren Stirnwindung, Insel und einem Theil des Streifenhügels; rechts ein ähnlicher kleinerer Herd jüngeren Datums.

Nach Berücksichtigung einschlägiger Fälle aus der Literatur resumirt der Verfasser: „Anfallweises Auftreten von Trismus, meist kombinirt mit anderweitigen Krämpfen, kommt bekanntlich bei den unterschiedlichsten Erkrankungen des Gehirnes und seiner Häute vor und gestattet für sich allein weder einen Schluss auf die Art noch auf den Sitz der Erkrankung.

Anhaltend fortbestehender Trismus im Zusammenhange mit anderen Erkrankungen einer Herderkrankung macht eine doppelseitige Läsion im Bereiche des Trigeminusrindenfeldes wahrscheinlich.

Lähmung der Kaumuskulatur wurde bisher überhaupt sehr selten und nur bei Erkrankung beider Innervationscentren beobachtet.

Krueg (Oberdöbling bei Wien).

---

178) Oppenheim (Berlin): Weitere Mittheilungen über die sich an Kopfverletzungen und Erschütterungen (in specie Eisenbahnunfälle) anschliesenden Erkrankungen des Nervensystems. (Arch. f. Psych. XVI. 3. p. 742.)

Im Anschluss an frühere Mittheilungen von ihm selbst und Thomsen bringt der Verf. 10 weitere Fälle von Erkrankungen nach oben genannten Traumen (oft in Verbindung mit Schreck) — welche ein eigenthümliches Gemisch von pathologischen psychischen und neurotischen, oft neurasthenischen Symptomen bilden. Ohne dass die Krankheitsbilder übereinstimmten, liessen sich doch bei den meisten folgende *gemeinsame Grundzüge* feststellen: Die Betroffenen waren Männer im mittleren Lebensalter, welche bis zu dem die Krankheit veranlassenden Trauma im Vollbesitze ihrer Gesundheit und Arbeitskraft sich befanden. Die betreffende Erschütterung, Sturz, Hieb etc. erzeugte meist nur eine unbedeutende *äussere* Verletzung. — Sämmtliche Patienten waren psychisch alterirt und zwar bildete den Grundzug eine ängstliche Verstimmung mit hypochondrischer Färbung. Angst, Unsicherheit, Zweifel wechselten an Intensität, sie wurden besonders hervorgerufen durch Erinnerung an den erlittenen Unfall. Schlaflosigkeit und wilde Träume bildeten eine gewöhnliche Klage. Schwerere Intelligenzstörung wurde in keinem Fall beobachtet, nur waren die Patienten zu anstrengender Geistesthäthigkeit unfähig und etwas gedächtnissschwach, jedoch weniger in Folge wirklicher Einbusse als vielmehr weil sie beständig mit ihrem Leiden geistig beschäftigt waren. Alle Kranke litten an passagären Anfällen schwererer Störung, welche bei den verschiedenen von einfacher Ohnmacht bis zum echten epileptischen Anfall und bis zu schweren Dämmer- und Traum-Zuständen schwankten. Nach den Anfällen vertiefte sich die bestehende sensorische Anästhesie. Die Erinnerung an den Zustand war eine unvollkommene. — Von subjectiven Beschwerden sind Kopfdruck, Schwindel, Kopfhautsensationen, Flimmern vor den Augen und Ohrensausen hervorzuheben, ferner Schmerzen und Spannungsgefühl im Rücken. In 5 Fällen war die Geschlechtskraft erloschen. Sensibilitätsstörungen fanden sich constant, bestehend in Anästhesien lokaler Natur, mehr oder weniger ausgedehnt, ein- oder beiderseitig, symmetrisch und asymmetrisch, übrigens selten in ausgeprägter halbseitiger Gefühlslähmung. Besonders waren Schmerz- und Temperaturgefühl betheiligt, am wenigsten das Muskelgefühl. Gesichtsfeldeinschränkung war häufig, jedoch nicht constant. Haut- und Schleimhautreflexe herabgesetzt. Die Motilitätsstörungen bestanden hauptsächlich in Trägheit und Kraftlosigkeit der Bewegungen. Typisch war die steife und vorsichtige Körperhaltung — dem Bestreben der Kranken entsprechend, die Wirbelsäule vor Erschütterung zu schützen. Leichter Tremor, Erschwerung der Blasen- und Mastdarm-Function vollendeten den Symptomencomplex — der übrigens auch in diesen Grundzügen bei Mehreren der Kranken wesentlich variirte. —

O. verwehrt sich dagegen, ein neues einheitliches Krankheitsbild aufstellen zu wollen. Er glaubt, dass die pathologische Grundlage der Erscheinungen eine sehr verschiedene gewesen sein könne. Bei einem

grossen Prozenssatz der Fälle sei man übrigens berechtigt an eine *organische Erkrankung des Nervensystems* zu denken. Sectionsresultate stehen bisher nicht zur Verfügung, jedoch ist eine complete Heilung der schleichend verlaufenen Krankheitsfälle bisher nicht beobachtet. — Der Verf. wendet sich mit Entschiedenheit — und jedenfalls mit voller Berechtigung gegen die Ansichten der Franzosen, Charcot u. A., welche solche und ähnliche Krankheitsbilder dem verschwommenen Gebiet der Hysterie einverleiben wollen.

Langreuter (Eichberg).

---

179) **Sanitätsbericht über die deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich 1870/71. VII. Band. Erkrankungen des Nervensystems.** (Fortsetzung.)

III. Capitel. *Traumatische Reflexneurosen, secundäre traumatische Lähmung und Drucklähmung.* 1a) *Traumatische Reflexlähmung.* Es liegen 8 Fälle vor; davon stammen 6 aus den Akten der Kriegsministerien, einer ist der Privatmittheilung von Oscar Berger zu verdanken, der letzte ist von Bumke in Virchow's Archiv Bd. 52, 1871 bereits veröffentlicht: 1) Schuss zwischen 9. und 10. Rippe rechts — sofortige r. Armlähmung. 2) Haarseilschuss an der linken Brust — sofortige l. Armlähmung. 3) Oberschenkelschuss — sofortige Blasenlähmung, später Parese des verw. Beins mit Atrophie. 4) Schuss in den r. 3. Intercostalraum — nach 4 Monaten r. Arm- und Handlähmung. 5) r. Rippenschuss — nach 7 Monaten völlige r. Lähmung der Oberarmheber und Parese der Fingerbeuger. Nach einem weiteren Jahre Genesung. 6) Schusszerschmetterung der r. grossen Zehe — totale Peroneuslähmung. 7) (Oscar Berger) Bajonettstich in die r. Schulter — sofortige Lähmung der linken Seite, später Paralysis agitans ders. 8) (Dr. Bumke) Penetrirender Lungenschuss — Parese und Atrophie der r. Oberextremität. — Ausgesprochene motorische Paralyse einer Extremität in directem Anschluss an eine Schussverletzung einer anderen Extremität ist im Feldzug 1870/71 unter den Deutschen nicht vorgekommen. Auch von Paraplegien nach Schusswunden der Bauchdecken ist in den deutschen Kriegsberichten nirgends die Rede. Bekanntlich haben die Amerikaner in ihren grossen Kriegsberichten derartige Fälle mitgetheilt. — Den oben skizzirten 8 Fällen wird noch ein neunter beigefügt, über dessen Zugehörigkeit in die Klasse der Reflexlähmungen sich streiten lässt. Es handelt sich um einen Soldaten, welcher sogleich nach einem schief über den Rücken verlaufenden und die Lendenwirbelsäule treffenden Schusse Krämpfe im Hypoglossusgebiet bekam, welche sich bei jedem Sprachversuch einstellten und das Sprechen unmöglich machten. Aus dieser Aphtongie oder Reflexaphasie, wie Fleury den Zustand nannte, entwickelte sich allmählich eine verwandte spasmodische Neurose, das Stottern.

Bei allen den Fällen mit unmittelbar auf die Verwundung folgender Lähmung kann natürlich an eine Neuritis ascendens nicht gedacht werden; es wird die Hypothese einer *Erschütterung des zugehörigen oder nächstgelegenen Plexus aufgestellt.*

1 b) *Neuralgie, Atrophie und Contractur.* „Unter traumatischer Reflexneuralgie versteht man eine Neuralgie, welche nach der mechanischen Läsion eines peripheren Nerven in anderen, von dem Verletzungsorte entfernten Nervengebieten entsteht. Die Reflexneuralgien lassen sich kaum anders erklären, als durch die Annahme, dass die centripetalen Reize vermuthlich im Centralorgan auf andere sensible Nervenbahnen übertragen werden und hier Neuralgien erzeugen, analog den Mitempfindungen, nur mit dem Unterschiede, dass das ursprünglich afficirte Nervengebiet vollkommen von der Neuralgie verschont ist. An eine vom Orte der Verwundung fortgeleitete und in den Centralapparaten weiterkriechende Neuritis wird man nicht denken, wenn die Neuralgie dem Trauma alsbald folgt." 4 Fälle.

Als Reflexatrophie wird folgender — von Klebs secirter — Fall mitgetheilt.

Geheilter perforirender Schuss des r. Kniegelenkes, Thrombosis V. fem und iliac. sin. Schuss der l. Hand, Atrophie des l. Arms. Typhus. Der l. Arm ist stark abgemagert, die Muskeln auf's Aeusserste geschwunden, ihre Reste von guter Farbe. An der l. Hand ein fast geheilter Schusscanal, welcher zwischen den Köpfen des 2. und 3. Metakarpalknochens die Substanz derselben in etwas schräger Richtung durchbohrt hat. Die beiden Knochen sind durch feste Gewebsmassen unbeweglich vereinigt, die Gelenke frei. Lungen frei, schiefrige Narben der Plaques, Milzschwellung.

Leider sagt Klebs, ist nicht constatirt worden, ob in dem atrophirenden linken Arme auch Sensibilitätsstörungen vorhanden waren. Die Atrophie der Muskulatur war keine Folge einer Lähmung, die nicht vorhanden war. Es können also nur Störungen trophischer Nervenfasern angenommen werden. Die Ausbreitung der Störung auf die ganze verletzte Extremität deutet darauf hin, dass in Folge der Verletzung gewisse centrale Läsionen eingetreten waren, die Atrophie demnach als eine reflectorische aufzufassen ist.

4 Fälle von Reflexcontractur machen den Schluss.

2) *Secundäre traumatische Lähmung.* Bekannt seit Benedikt's Beschreibung. Es sind Lähmungen, die nach längerem Bestehen und erst in späteren Stadien der peripheren Nervenverletzung allmählich sich entwickeln. Meist liegt Neuritis ascendens vor, die entweder continuirlich fortkriecht oder Sprünge macht (N. disseminata). Im Ganzen sind 19 Fälle angeführt, unter denen die secundäre Affection 15 mal auf Verletzung der unteren, 4 mal auf solche der oberen Extremität folgt. Dreimal nahmen sämmtliche Extremitäten an der Affection Theil, einmal Blase und Mastdarm, in allen anderen Fällen breiteten sich die Folgezustände nur über die verwundete Körperhälfte aus. Nur in 8 Fällen ist Heilung bez. Besserung beobachtet. —

3) *Drucklähmung.* 10 Fälle.

IV. Capitel. *Erkrankungen des Centralnervensystems und nervöse Störungen verschiedener Art nach Verletzungen.*

1) *Tabes und Paralysis agitans nach peripheren Verletzungen.* Es sind 6 Fälle als Tabes mitgetheilt die sämmtlich sehr anfechtbar erscheinen.

In keinem der bis 1877, 1878 und 1882 verfolgten Fälle ist das Fehlen der P.-S.-R. erwähnt. In einem bestand Atrophie, nur in 2 sind Augensymptome mitgetheilt. Der eine der Fälle, 10 Monate nach der erhaltenen Verletzung durch „möglichst starke galvanische Ströme, stabil, ohne Rücksicht auf die Stromesrichtung, täglich 5 Minuten lang längs dem Rückenmark“ geheilt ist von v. Krafft-Ebing früher schon brschrieben (Deutsch. Arch. f. klin. med. Bd. IX. pag. 274). Es dürfte sich wohl hier um Neuritiden handeln.

Die beiden als Paralysis agitans bezeichneten Fälle entsprechen wohl dem Namen — Zittern eines gelähmten Gliedes — aber nicht dem Krankheitsbilde der Schüttellähmung.

2) *Nervöse Störungen nach Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarkes.* Im Ganzen 64 Fälle. Von diesen entfallen auf Dislocatio vertebr. 2; fractura vertebr. 3. Verletzung der Wirbelsäule 12. Erschütterung des Rückenmarks 30. Quetschung des Rückenmarks 2. Verletzung des Halsmarks 2. Verletzung des Lendenmarks 8. Halbseitenläsion 5. Letztere 5 sind folgende:

a) Säbelstich in den Rücken 4./12. 1870. Wunde von 1 Zoll Länge zwischen 6. und 7. Brustwirbel, 1¼ Zoll von den Dornfortsätzen entfernt. Motorische Lähmung des linken Beins, Anästhesie der Haut des rechten Beins. Blasenschwäche. Verlauf: August 1871: Abmagerung des linken Beins und Zittern seiner Muskeln, Unvermögen das Knie durchzudrücken. 1873. Lähmung — Paresis und Abmagerung des l. Beins mit Zittern in demselben. 1883. Versieht den Dienst als Telegraphenbote. Muskulatur des l. Beins auffallend schlaff, Haut an demselben trocken, spröde. Oberschenkel ist 7 Ctm., Unterschenkel 2 Ctm. dünner als der rechte. Kältegefühl im l. Bein.

b) Gewehrschuss 11./10. 1870. Eingang am r. Schulterblatt. Keine Ausgangsöffnung. Motor. Lähmung der r. Extremität. Sensibilität vollkommen erhalten. Weitere Mittheilungen fehlen.

c) Gewehrschuss 18./8. 1870. Eintritt der Kugel 2 Zoll nach unten und aussen von der r. Brustwarze, Richtung des Schusscanals nach abwärts und hinten. Geschoss nicht entfernt. Unwillkürlicher Abgang von Koth und Urin. Lähmung beider Beine. Verlauf: 1871 Lähmung und Abmagerung des l. Beins und krampfhafte Zuckungen in demselben. Keine Blasen- und Mastdarmlähmung. 1874. Kann auf kurze Zeit mit Hilfe eines Stockes gehen. Die r. Unterextremität ist an der Haut gefühllos. 1875 gestorben. Todesursache unbekannt.

d) Gewehrschuss durch r. Wange bis zum Halswirbel. 6. Februar 1871. Lähmung der Motilität der rechtsseitigen Extremitäten.

e) Gewehrschuss 16/8. 1870. Die Kugel traf an der rechten Halsseite in den Winkel, den der Vorderrand des Kappenmuskels mit dem lateralen Rande des Kopfnickers bildet. Augenblickliche Lähmung aller 4 Extremitäten, der Schliessmuskeln des Afters und der Blase. Verlauf: Nach 4 Monaten Besserung der Lähmungserscheinungen (Bäder, Electr., Strychnin) zuerst im l. Bein, dann im l. Arm. März 1871. Rechter Arm total gelähmt, die Finger in Beugekrampfstellung. 25./6. 1873. R. Bein im Kniegelenk krampfhaft gestreckt. 1874. Abnahme der Muskulatur der gelähmten Seite. Lebt seit 1883 in Berlin, Invalide. Neuerdings aufgenommener Status (Dr. Stricker): Pupilläre Symptome und Lähmungserscheinungen im Gebiete der übrigen Hirnnerven fehlen. Rechter

Arm: Contractur der Adductoren, krampfhafte Extensionsstellung im Ellbogen, Handgelenk wenig beweglich, Finger fest in die Hohlhand geschlagen. Wachsthum der Nägel ein ungewöhnlich schnelles. Contractur des Cucullaris dextr. Deltoideus atrophirt. Berührung mit Nadelspitze an r. Vorderarm und Hand schmerzend. Lebhafter Sehnenreflex vom Triceps. Fibrilläre Zuckungen im Sup. longus und triceps. Rechtes Bein hat schwächere Muskulatur als das l. R. Fussspitze hängt herab, Dorsalflexion im Fussgelenk unmöglich. Pat.-S.-R. r. > l. Fussphänomen auf der r. Seite vorhanden. Subj. Taubheitsgefühl in der ganzen l. Seite. Obj. Herabsetzung der Sensibilität links für Berührung und therm. Reize.

Die übrigen Fälle zeigen verschiedene Lähmungszustände, entsprechend dem Sitze der Verletzung. Bei einer Verletzung des Halsmarkes ist doppelseitiger Accessoriuskrampf angegeben. Eine erhebliche Anzahl der mitgetheilten Fälle erheben sich nicht über die knappe Constatirung der Thatsache wie z. B. der 2. Fall der Halbseitenläsionen.

3) *Nervöse Störungen nach Schussverletzungen des Halssympathicus.* Eine Wiederholung der früher schon von Seeligmüller, M. Bernhardt, Bärwinkel veröffentlichten Fällen. Ein vierter wird skizzenhaft beigefügt: Schuss wahrscheinlich durch r. plexus brachialis: vollkommene Lähmung des r. Arms, r. Myosis; in r. Achsel 1—2 Grad höhere Temperatur als links.

4) *Casuistischer Beitrag zur operativen Behandlung der Neuralgie.*

a) Neuralg. tib. Auslösung einer taubeneigrossen Geschwulst, aus Muskel- und Sehnensubstanz bestehend, Knochensplitter enthaltend. — Heilung der Neuralgie.

b) Resection des r. N. medianus (1$^1/_2$ Zoll) — Heilung der Neuralgie.

c) Neuralgia peron. (Neurom?) Mehrmalige subcutane Durchschneidung der Narbe — ohne Erfolg.

d) Neuralg. supraorbit. dext. — Resection — Erfolg unbekannt.

e) Neuralg. tibialis dext. — Resection (3 Zoll). Danach hörten die Schmerzen auf. Wundheilung normal. Schmerzen kehrten wieder. Amputation — Tod. —

Zweimal wurde wegen Neuralgie die Nervendehnung gemacht: 1) Ischias traumatica. Prof. Küster. Die Neuralgie schwand, aber es entstand Epilepsie. 2) Klon. Krämpfe nach Hufschlag gegen das r. Bein in demselben. Dr. Hahn. Dehnung des Ischiadicus 1882 — Besserung.

(Fortsetzung folgt.)

Erlenmeyer.

---

180) **Marina** (Trieste): Uno studio sulle amiotrofie. (Studie über Muskelatrophien.) (Separatabdruck aus Lo sperimentale, Oct. und Nov. 1885.)

Die Schrift enthält zunächst eine Darlegung der geschichtlichen Entwicklung der Lehre von der progressiven Muskelatrophie mit Vergleichung der verschiedenen darüber bestehenden Ansichten und Ein-

theilungen. Ohne den Werth der allgemein anerkannten Krankheitsformen, wie: Progressive Muskelatrophie (Duchenne), Poliomyelitis anterior chronica (Erb), Amyotrophische Lateralsclerose, progressive Bulbärparalyse, juvenile Form der progressiven Muskelatrophie, Pseudohypertrophia muscularis anfechten zu wollen, erklärt sich Verf. doch mit Leyden und Kahler für die Einheit und Untrennbarkeit dieser Krankheitsbilder, soweit sie als spinale anzuerkennen sind. Anstatt aber danach zu streben, den Einzelfall um jeden Preis einem dieser Rahmen einzupassen, wobei oft die bekannte Methode des Prokrustes befolgt werden muss, sollte man vielmehr jeden Fall individuell behandeln und vor allem nach Kriterien suchen, um den Sitz des Leidens genauer als bisher präcisiren zu können. Ueber diese Frage sind wir bei weitem noch nicht genügend orientirt. In der letzten Zeit hat namentlich die Polyneuritis bedeutend an Boden gewonnen und viele früher als spinal beurtheilte Fälle müssen jetzt ihr zugerechnet werden.

Aber auch der myositische Ursprung progressiver Muskelatrophien ist namentlich durch einen Fall von Lichtheim (Arch. f. Psych. u. Nervkrht. B. 8 H. 3, 1878) als gesichert zu betrachten, ohne dass wir bis jetzt im Stande wären, entscheidende differentialdiagnostische Kriterien dafür anzugeben.

Auch die 3 vom Verf. beobachteten und detailirt wiedergegebenen Fälle vermögen über diese Frage kein neues Licht zu verbreiten. Dieselben sind der spinalen Gruppe zuzuzählen, lassen sich jedoch bei kritischer Beurtheilung ihrer eigenthümlichen Lokalisation, sowie der aus atrophischen, spastischen, paralytischen und Degenerationserscheinungen etwas ungewöhnlich zusammengestzten Symptomencomplexe genau genommen keinem der genannten Typen einreihen, worauf näher einzugehen der Raum nicht gestattet.

Prognostisch ist für solche Fälle ausser der Beurtheilung des bisherigen Verlaufes namentlich der von Kahler aufgestellte Grundsatz zu verwerthen, dass je mehr die Atrophie über die Lähmung überwiegt, um so günstiger die Beurtheilung mit Bezug auf einen voraussichtlich langsamen Verlauf sein kann, umgekehrt, wenn die Lähmungserscheinungen der Atrophie vorauseilen.

Zu bemerken ist noch, dass sich Verf. zur Wiedergabe der bisher üblichen italienischen Abkürzungen der deutschen Brenner'schen Formeln bedient, in der Hoffnung, dass diese Bedeutung eines internationalen Ausdrucksmittels erlangen werden.

Nagel (Dalldorf).

---

181) **D. Axenfeld:** Ueber das Fussphänomen. (Arch. f. Psych. etc. XVI. 3. p. 824.)

Es wird eine *Methode* zur *graphischen Darstellung des Fussphänomens* angegeben, nach welcher der zu Untersuchende (sitzend, Knie- und Fussgelenk gebeugt, Fussspitze auf dem Boden) die entstehenden zitternden Bewegungen des Bein's aufschreibt, wenn er die eine, einen Bleistift haltende Hand auf das oscillirende Knie legt und mit der andern Hand ein Blatt Papier unter dem Bleistift wegzieht.

Langreuter (Eichberg).

182) **C. F. W. Roller** (Brake): Ein Fall von Chorea spastica. (Arch. f. Psych. etc. XVI. 3. p. 326.)

R. schildert unter diesem Namen die Krankheit eines 12 jährigen Idioten, bei welchem als Begleiterscheinung intendirter Bewegungen tetaniforme Contractionen der betheiligten Muskeln und choreatische Bewegungen auftraten. Daneben war psychische und sensible Hyperästhesie vorhanden. Langreuter (Eichberg).

---

183) **Engelskjön** (Christiania): Die electrotherapeutische Gesichtsfeldprobe. — Eine Erwiderung. — (Arch. f. Psych. XVI. 3. p. 831.)

Die Replik wendet sich gegen Konrád und Wagner, welche die Resultate der in mehreren Aufsätzen veröffentlichten Untersuchungen Engelskjön's über die *electrodiagnostische Gesichtsfeldprobe* durch ihre Nachversuche *nicht* bestätigen konnten. Bezüglich der letzteren verweise ich auf das Referat in diesem Centralbl. 1885 p. 279. E. erwidert, dass er selbstverständlich die Möglichkeit der Beeinflussung des Gesichtsfeldes durch die oberen Augenlider berücksichtigt habe. Dass dies bei seinen Untersuchungen zu Fehlern nicht Veranlassung gegeben hätte, könne man schon daraus entnehmen, dass er — wie der gewöhnliche Brauch sei — die Grenze für Empfindung *weisser* Lichtstrahlen als äusserste Grenze des Gesichtsfeldes angenommen, während die Perception für die *Bewegungen* oft „viele Centimeter weiter nach Aussen ginge" (? Ref.) Letztere hätten doch auch verdeckt sein müssen, wenn das obere Augenlid die Grenze bewirkt hätte. Sein Hauptaugenmerk habe er nur deshalb auf den *oberen* Sector des Gesichtsfeldes gerichtet, weil nach oben und innen *physiologisch* wegen einer gewissen Unempfindlichkeit der betr. Netzhautparthien die Ausdehnung des Feldes am geringsten sei und man deshalb dort die Bewegungen der Grenze am leichtesten beobachten könne. — Es sei Aufgabe von Konrad und Wagner gewesen auch mit Ausschliessung der von den Augenlidern herrührenden vermeintlichen Fehlerquelle, nachzuweisen, dass nebenbei keine Einwirkung auf die Bewegungen der *wahren* Gesichtsfeldgrenze seitens der Electricität ausgeübt werde. Auf die Erklärung des „Hellerwerdens" vor den Augen, des so oft bei der „positiven" (d. i. der im speciellen Krankheitsfalle indicirten) Stromesart beobachtet werde und ein mit der Erweiterung des Gesichtsfeldes coordinirtes Symptom sei, hätten sich K. und W. überhaupt nicht eingelassen. — Im Uebrigen bleibt Engelskjön — nach Anführung von 3 weiteren Krankheitsfällen — auf seinem früheren Standpunkte stehen: dass die Electricität auf die retinalen Functionen mächtig *einzuwirken* vermöge, dass dies oft im *Moment* der *Application* geschehe, und dass sich die beiden Stromesarten in dieser Richtung (d. i. ob erweiternd oder verengernd) *gegensätzlich* verhielten. — Zum Schluss wird wieder hervorgehoben, dass es bei *Kranken* manche Ausnahmefälle gebe, und dass bei „*Gesunden Nerven*" die Grundsätze überhaupt nicht ohne Weiteres zutreffend sein könnten. Langreuter (Eichberg).

---

184) **M. Revillont:** Les anesthésies apparentes et les sensations retardées dans les névroses. (Die scheinbaren Anaesthesien und die verlangsamten Empfindungen bei den Neurosen.) (L'Encéphale Nro. 6, 1885.)

Verf. hat beobachtet, dass bei Hysterischen und Hystero-Epileptischen beiderlei Geschlechts nicht eine eigentliche Lähmung der Sensibilität, sondern nur eine Art Abstumpfung existire, in dem Sinne, dass bis zur Perception eine mehr weniger lange Zeit verstreicht. Er will diese Verlangsamung bis zu 15 Minuten, ja einer halben Stunde und mehr (?) beobachtet haben und hat auch sonst alle Uebergangsformen beobachtet. Stoltenhoff (Saargemünd).

---

185) **S. Th. Stein** (Frankfurt a. M.): Ueber die Dosirung galvanischer Ströme in der Elektrotherapie. (Berl. klin. Wochenschr. Nro. 4 1886.)

186) **F. Kohlrausch** (Würzburg): Ueber einen einfachen absoluten Strommesser für schwache electrische Ströme. (Aus den Sitzungber. der Würzb. Phys. med. Gesellschaft. 25. Juli 1885.)

187) **H.:** Ueber Galvanometer nach absolutem Maass. (Electrotechnische Beilage Nro 1 zur Illustr. Monatsschr. f. ärztl. Polytechnik. p. 265. 1885.)

188) **Reininger** (Erlangen): Horizontalgalvanometer mit Glockenmagnet. (Ebendas. pag. 272.)

189) **Gebbert** und **Schall** (Stuttgart): Verticalgalvanometer. (Ebendas. p. 271.)

Stein beschreibt in dem angeführten Artikel ausführlich den constanten Strom, welchen er auf der Strassburger Naturforscherversammlung vorgeführt hat und den wir in Nro. 19, 1885 pag. 437 und 438 besprochen haben. In der Einleitung kommt Verf. auf die Fehler zu sprechen, welche nach seiner Ansicht den Verticalgalvanometern anhaften.

Als mustergültig bezeichnet er das neuerdings von Edelmann in München construirte Horizontalgalvanometer, an welchem das Ende der horizontal schwingenden Nadel seitlich und senkrecht nach unten gebogen und die Scala aussen an der Galvanometerbüchse in vertikaler Richtung angebracht ist, so dass die Annehmlichkeit des Ablesens der Vertikalgalvanometer vorhanden ist. Während Stein nun ausdrücklich hervorhebt, dass nach Ansicht aller hervorragenden Physiker den Vertikalgalvanometern der Fehler anhafte, dass sie erstens der schwer eliminirbaren Einwirkung des Erdmagnetismus fortwährend ausgesetzt sind und nach kurzer Zeit ihren Magnetismus ändern und unrichtige Grade angeben, dass ferner eine genügende Dämpfungsvorrichtung für Vertikalgalvanometer nicht bekannt sei, bezeichnet der Verf. des mit H. unterzeichneten Artikels in der illustr. Monatsschrift für ärztliche Polytechnik es als ein Irrthum, dass der Fehler bei den Horizontalgalvanometern geringer sei; die Nadeln der letzteren würden bis zur Sättigung magnetisirt, um eine möglichst grosse Richtkraft zu haben, was nach einigen Jahren, wenn Magnetismus und Richtkraft nachgelassen, Fehler bedingen würde. Bei den Vertikalgalvanometern lese man einen Strom nach einigen Jahren ab, der stärker

erscheine, als der thatsächlich durch das Instrument gehende, aber man überschätze diesen Fehler und das lange Spielen des Zeigers könne durch Kupfer- oder Luftdämpfung vermieden werden. —

Es wird von Interesse für die Leser unseres Blattes sein, auf einige Galvanometer der neuesten Zeit aufmerksam zu machen.

Gebbert und Schall in Stuttgart verfertigen einen Vertikalgalvanometer, welcher gestattet, Ströme von $^1/_2$—16 Miliampères direct abzulesen; er kann auf allen stationären und transportablen Batterien angebracht oder auch als Taschengalvanometer benutzt werden und kostet nur 30 Mark.

Reininger empfiehlt ein Horizontalgalvanometer, welches das Ablesen von $^1/_{10}$—10 Miliampères, bei Einschaltung der Nebenschlussspule von 1—20 Mil. gestattet. Auf dem Instrumente sind eine Dosenlibelle und zwei Stellschrauben angebracht, um dasselbe leicht in horizontale Lage zu bringen; ausserdem ist die Scala drehbar. Seitlich befindet sich eine Arretirung für den Glockenmagnet. Die Scala ist nicht auf einer Horizontalebene, sondern auf einer ca. 45^0 aufgerichteten Ebene angebracht, wodurch das Ablesen auf mehrere Schritte Entfernung möglich wird. Preis 50 Mark.

Der Physiker Kohlrausch in Würzburg construirte eine Stromwage, die für Stromstärken von 1—10 M. A. eine geeignete Skale liefert, aber durch andere Drahtstärken oder durch Nebenschliessungen auch für beliebige andere Stromstärken eingerichtet werden kann. Die Drahtspule hat 60 Mm. Länge, 6 und 35 Mm. inneren und äusseren Durchmesser. Die Durchbohrung des Spulenrahmens, in welcher die Nadel spielen soll, hat einen Durchmesser von 3 Mm. Eine 90 Mm. lange magnetisirte Stahlnadel ist an einer Spiralfeder von feinem Neusilberdraht aufgehängt und taucht in ihrer Nullstellung (ohne Strom) 20 Mm. tief in die Spule ein. Als Index zum Ablesen an der auf dem Glasrohr angebrachten Skale dient eine an dem oberen Ende der Nadel befestigte Scheibe aus Horn, welche gleichzeitig die Schwingungen des Instruments rasch beruhigt. Denn da der Scheibe in dem Glasrohre nur ein kleiner Spielraum gegen die Wandungen gelassen worden ist, da ferner das obere Ende des Rohres durch die Aufhängevorrichtung und das untere Ende der Spulendurchbohrung durch einen Kork geschlossen ist, so bildet sich bei einer Bewegung der Nadel auf der vorderen Seite eine Verdichtung, auf der hinteren eine Verdünnung der Luft, welche die vorhandene Bewegung rasch dämpfen. Das Instrument ist von C. Marstaller in Würzburg hergestellt.

Goldstein (Aachen).

---

190) **M. Rosenhardt**: Dehnung des n. ischiadicus an seiner Durchgangsstelle durch das foramen isch. maj. (Wratsch Nro. 22. 1885. russisch.)

Pat. Commis von 28 Jahren. Im Januar fühlte er Schmerzen in der rechten Hinterbacke, die sich auf den Ober- und Unterschenkel ausdehnten und besonders in der Nacht an Heftigkeit zunahmen und Pat. des Schlafes beraubten. Bei ruhiger Lage und gekrümmten Oberschenkeln verschwanden sie. Im März trat Ischurie auf. Trotz Mor-

phium und beruhigenden Salben steigerten sich die Schmerzen allmählich bis zur Unerträglichkeit, so dass Pat. bat, man möchte das Bein amputiren.

Im unteren Theile der Hinterbacke 3 Finger breit über dem Sitzknochen und ebenso viel vom tub. maj. nach hinten eine druckempfindliche Stelle von 4 cm. Ausdehnung; Beugung und Streckung des Oberschenkels schmerzhaft. Das rechte Bein etwas paretisch, wird beim Gehen nachgeschleppt. Sensibilität erhalten; Kniephänomen normal.

Verf. nahm Periostitis an mit entzündlicher Affection des Bindegewebes unter der dritten Muskelschicht (Ischias? Ref.) und beschloss eine Nervendehnung zu machen. In tiefer Narkose wurde ein Einschnitt von 8 cm. Länge an der Selle gemacht, wo die art. ischiad. aufgesucht wird d. h. in der Verbindungslinie zwischen der spin. il. post. sup. und dem Sitzknorren, worauf die Operation in gewöhnlicher Weise ausgeführt wurde. Die Wunde gewaschen, mit 4,0 Jodoform ausgeschüttet, drainirt und nach Lister verbunden.

Nach 5 Wochen fing Pat. an zu gehen ohne jegliche Schmerzen, nur durch die leichte Parese des rechten Beines an sein Leiden erinnert. Nach weiteren zwei Wochen wurde er als genesen entlassen.

Verf. empfiehlt die erwähnte Stelle bei den meisten Fällen von Ischias, auch bei Gehirn-Rückenmarksprozessen als besonders geeignet zum Einschnitt. Buch (Willmanstrand).

---

191) **L. Lehmann** (Oeynhausen-Rehme): *Auch* eine Tabesheilung. (Deutsche med. Wochenschr. 1886. Nro. 4.)

Verf. beschreibt einen Fall von wunderbarer Heilung der Tabes dorsalis. Am 15. Septbr. 1884 kam Pat., der vor 12 Jahren harten Schanker ohne Secundärerscheinungen gehabt, aber gleich mit Innunctionen behandelt worden war, in die Behandlung von L. Dieselbe dauerte *einen* Monat und bestand in 31,5° C. warmen, ruhigen Thermalbädern (24) von 20 Minuten Dauer mit in unregelmässigen Intervallen interponirten badefreien Tagen; Anwendung des const. electr. Stromes, innerlich Jodnatrium. Bei der Abreise wurde Fortsetzung des Jod und nach 2 Monaten kalte Abreibungen Morgens beim Aufstehen angeordnet. Im Mai 1885 Brief des heimathlichen Arztes, dass Patient geheilt sei; Anfang Juni hat Pat. eine 12 tägige Dienstübung bei grosser Hitze ohne jegliche Beschwerde oder üble Nachwirkung durchgemacht. —

Ref. ist geneigt, mit O. Berger eher eine „Pseudo-Tabes" als so schnelle, vollständige Heilung anzunehmen. Jodkali (50 Gr.) waren früher erfolglos gewesen; ja die Erscheinungen waren darnach stärker geworden, bleibt also übrig den 24 Bädern und dem galv. Strom die wunderbare Heilung zuzuschreiben. Als Residuen der Krankheit blieb „Prickeln in den Fusssohlen" zurück; wohl die Anfangs verschwundenen Fussschweisse, aber nicht die Patellarreflexe kehrten wieder. Verf. benutzt die Gelegenheit gegen die ihm von v. Renz gemachten Bemerkungen vorzugehen. Was die *Form* der v. Renz'schen Ausstellungen anbetrifft, so ist es Sache dieses sich darüber zu äussern,

hinsichtlich des Inhaltes können wir ihm nur beipflichten. Die Erinnerung hilft nicht viel bei Aufstellung von 665 Tabesfällen, die sich auf einen Zeitpunkt von über 20 Jahren erstrecken. Es ist übrigens schon in diesem Centralbl. 1880, pag. 357 von Seiten der Red. die mangelhafte Bearbeitung jener 665 Tabesfälle mit Recht getadelt worden. Goldstein (Aachen).

---

192) **J. L. Jaworsky**: Ein Fall von schwerer Morphiumvergiftung geheilt durch Atropin. (Wratsch 1885, Nro. 44. russisch.)

Eine Hebamme nahm um 1 Uhr Nachts ungefähr 30 Gran essigsaures Morphium in Pulverform und bald darauf etwa $^1/_2$ Unze Opium. Um 9 Uhr des anderen Vormittags sah Verf. die Pat. in halbwachem Zustande mit ziemlich guter Herzthätigkeit und Respiration. Zweimal Erbrechen durch erst $^4/_6$ dann $^1/_6$ Gran Apomorphin subcutan und Einflössen von starkem Kaffee mit Tannin.

Der Zustand verschlimmerte sich beständig, Athmung wird sterthorös, der Puls immer schwächer und kleiner, unregelmässig schliesslich unfühlbar. Von 11 Uhr Vormittags, wo der Puls noch ziemlich gut war Atropineinspritzungen ($^1/_6$ Gran schwefelsaures Atropin,) welche alle 15—30 Min. wiederholt wurden, bis 3 Uhr, wo der Zustand bereits hoffnungslos schien; es war im Ganzen mehr als 1 Gran Atropin verbraucht. Hierauf wurden die Atropineinspritzungen fortgesetzt in der Weise, dass auf jede Spritze Atropin eine Spritze Tinct. moschi injicirt wurde. Um 5 Uhr die ersten Anzeichen von Besserung. Bis 9 Uhr Abends wurde mit Atropin (jetzt $^1/_{12}$ Gran) und Moschuseinspritzung fortgefahren, dann war der Zustand soweit gebessert, dass die Lebensgefahr vorüber war und die Kranke den Eindruck einer ruhig Schlafenden machte. Es waren im Ganzen von 11 Uhr Morgens bis 9 Uhr Abends 2,03 Gran schwefelsaures Atropin und ungefähr 2 Drachmen Tinct. moschi eingespritzt worden. (Aus der ausführlichen Krankengeschichte scheint hervorzugehen, dass dem Moschus nicht weniger als dem Atropin der künstige Erfolg zuzuschreiben ist. Ref.) Buch (Willmanstrand).

---

193) **Legrand du Saulle** (Paris): Le rhumatisme cérébral, la folie rhumatismale et la goutte cérébrale. Troubles intellectuels chez les rhumatisants et les goutteux. (Rheumatimus cerebri, Mania rheumatica und Arthritis cerebralis. Intellectuelle Störungen bei Rheumatikern und Arthritikern.) (Gaz. des Hôp. 1886 Nro. 11. 14. 20.) (Schluss.)

Das Vorläuferstadium des acuten cerebralen Rheumatismus, das in der Regel vom 5. Tage ab nach Eintritt des acuten Gelenkrheumatismus seinen Anfang nimmt, characterisiren: hochgradige Steigerung der Temperatur, vorzeitige Herzanomalien, Unruhe und Angst des Kranken, Delirien, andauernde Cephalalgie und Insomnie.

1. Zuweilen geht eines oder das andere dieser Symptome dem Ausbruche des Rheumatismus cerebri acutissimus voraus oder derselbe bricht, was seltener zu geschehen pflegt, — Ball hat diese Form nur 5 mal unter 69 Fällen rheumatischer Encephalopathie beobachtet —

unerwartet hervor und verläuft ebenso, jedoch unter verschärften Symptomen, wie der

2. Rheumatismus cerebri acutus, mit dessen Beginn die kurz vorher noch heftigen Gelenkschmerzen fast ganz verschwinden, Delirien, Convulsionen eclamptischer oder choreatischer Natur sich manifestiren, Störungen, die in Coma ausarten, unter dem zuweilen schon nach 12—24 Stunden der Tod den Kranken hinrafft, oder diese Krise kann nach einer 5 6 tägigen Dauer sich mässigen, die Temperatur heruntergehen und die Delirien ihre Heftigkeit einbüssen.

Aber nur zu oft ist diese Remission vorübergehend, die Delirien steigern sich wieder und gehen in einen somnolenten Zustand über, in dem Exitus letalis durch Asphyxie erfolgt.

3. Rheumatismus cerebri subacutus oder chronicus, rheumatische Folie.

Gewöhnlich mit dem Aufhören des Fiebers und mit dem Nachlasse der Gelenkaffectionen, seltener im Verlaufe des rheumatischen Paroxismus, in welchem Falle sich immer die Schmerzen der Gelenke abschwächen oder selbst verschwinden; gelangt diese Form zur Entwicklung.

Nach Ball bestehen die Merkmale der rheumatischen Folie in Delirien, welche den Character der Depression zur Schau tragen, in choreaformen Bewegungen, in Hallucinationen des Gesichts, seltener des Gehörs, Geschmaks, Geruchs und Gefühls, in manchen Fällen in einer deutlich wahrnehmbaren und zuweilen permanenten Abschwächung der intellectuellen Fähigkeiten, ab und zu in einer wegen ihrer Intensität oft zum Tode führenden Cachexie und in häufigen Complicationen mit Krankheiten des Herzens und des Pericardium.

Diese Form von Psychose, die einige Wochen bis mehrere Monate dauert, geht meist in völlige, seltener in theilweise Genesung, in letzterem Falle einen höheren oder geringeren Grad von Abschwächung der Intelligenz zurücklassend, über.

Man könnte, wie dies von Seiten einiger Aerzte geschehen ist, die Existenz dieser Krankheit in Zweifel ziehen.

Die Erwägung jedoch, dass die Delirien im Verlaufe des rheumatischen Prozesses immer denselben Character haben, berechtigt zu der Annahme, dass wir es hier mit einem Morbus sui generis zu thun haben, um so mehr als in keinem Falle von rheumatischer Encephalopathie erbliche Belastung vorlag.

Hirngicht. — Nach Charcot gleichen sich Rheumatismus des Gehirns und Gicht desselben darin, dass acutes Delirium und Convulsionen beide Affectionen kennzeichnen und diese Manie zur Folge haben können.

Lecorché stellt folgende Formen der arthritischen Encephalopathie auf:

1. Die cephalalgische, der den Arthritiker so häufig heimsuchenden Migräne sehr ähnlich; sie tritt an die Stelle der Gelenk- und Eingeweide-Krisen und verschwindet mit der Rückkehr derselben wieder, wählt während Wochen und Monate bald eine bald beide Seiten des Vorder- oder Hinterkopfes zu ihrem Sitze.

2. Die wenngleich nur das vorgerücktere Lebensalter befallende epileptiforme Gicht des Gehirns kann nichts destoweniger die erste Aeusserung derselben sein, in der Regel aber kommen die Anfälle erst nach dem Rücktritt der genannten Krisen zum Ausbruch.

3. Die dem subacuten cerebralen Rheumatismus ziemlich ähnliche apoplectische Form, die gewöhnlich da auftritt, wo eine unzweckmässige Medication die articuläre Fluxion fast völlig beseitigt hat, führt unter plötzlichem Verlust des Bewusstseins und Störungen in der Respiration mehr oder weniger rasch zum Tode.

4. Die sog. semicomatöse Form, die häufigste von allen, erinnert an die Erscheinungen der chronischen cerebralen Uraemie, tritt allmählig auf, schreitet unter Abstumpfung der Intelligenz und Delirien langsam voran und verläuft nach einer langen Phase von Stupor unter Coma tödtlich.

5. Die delirirende Form. In dem Falle, wo sich das Delirium im Verlaufe einer Gichtattake entwickelt, scheint es nur eine Folge des den fraglichen Krisen vorhergehenden Fiebers zu sein, da es mit dem Eintritte jener wieder verschwindet.

Anders verhält es sich, wenn es nach dem brüsken Nachlasse dieser Krisen erscheint, insofern es dann nicht nur verschwindet, sondern nicht selten in maniakalische Aufregung ausartet.

Dieselbe persistirte in einem von Garrod mitgetheilten Falle drei Wochen und trat erst von dem Momente ab, wo die Gelenke wieder zu schmerzen anfingen, in den Hintergrund, ein Vorkommniss, welches auch L. du S. ein Mal zu beobachten Gelegenheit gehabt hat.

Aber auch Fälle von wirklicher mentaler Alienation haben unter anderen Bayle, Lynch und Lorry veröffentlicht.

Letzterer thut eines einen Arthritiker betreffenden Falles Erwähnung, welcher, während zehn Jahre von Manie ergriffen, von derselben mit dem Eintritt eines Gichtparoxysmus befreit wurde.

Schliesslich erübrigt noch mit einigen Worten jenes eigenthümlichen hypochondrischen Zustandes zu gedenken, an welchem Arthritiker sehr häufig zu leiden pflegen.

Vorzugsweise bilden vermeintliche Herzläsionen den Gegenstand ihrer Klagen nach Lecorché, der sogar in einem derartigen Falle neben Schwindel, dem gewöhnlichen Begleiter der Gicht, Zwangsvorstellungen in Form von Agoraphobie feststellen konnte.

Pauli (Köln).

---

194) **W. G. Faber**: Sauerstoff bei Eclampsie. (Vortrag, gehalten in der medicinischen Section der Gesellschaft der Erfahrungswissenschaften an der Charkower Universität.) (Wratsch Nro. 13, 1885. russisch.)

195) **P. N. Tschumichin**: Sauerstoff bei Eclampsie. (Wratsch Nro. 37. 1885. russisch.)

Faber hat bei zwei Wöchnerinnen, bei denen sich während und nach der Geburt schwere eclamptische Anfälle (bei der einen bis 14 bei der anderen 4) einstellten mit dem besten Erfolge Sauerstoffein-

athmungen angewandt. „Die Anfälle wurden durch jede Einathmung fast momentan unterbrochen, oder besser in ihrem Beginne erstickt; das Bewusstsein kehrte wieder und die Kranken äusserten in den Zwischenpausen Durst oder verlangten sogar zu essen.“

Angeregt durch diesen Erfolg hat Tschumichin, auf Rath des Prof. Lasarewitsch, dasselbe Mittel gleichfalls bei zwei Gebärenden angewandt im ersten Falle mit Erfolg im zweiten freilich ohne den tödtlichen Ausgang aufhalten zu können. Doch ist dieser vielleicht nur der verspäteten und ungenügenden Anwendung des Mittels zuzuschreiben. Pat. hatte 20 Anfälle; es wurde während des 4.—7. Anfalles Sauerstoff (1 Kbfus.) gegeben mit grosser Erleichterung der Anfälle und Wiederkehr des Bewusstseins, dann war der Sauerstoff verbraucht und wurde erst nach 3 1/2 Stunden nach dem 15. Anfalle angewandt, nachdem alle möglichen andere Mittel erfolglos benutzt worden waren. Die Respiration wurde leichter, die Cyanose verminderte sich und die Kranke wurde ruhiger, doch kehrte das Bewusstsein nicht mehr wieder und während des 20. Anfalles starb Pat.

Buch (Willmanstrand).

196) **E. Reichelt** (Hubertusburg): Ist die Erziehung Schwachsinniger eine Spezialität? (Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachsinniger u. Epilept. I. Jahrg. Nro. 1.)

Nach der Ansicht des Verf.'s die auch der Ref. theilt, ist nicht jeder Pädagoge von vornherein geeignet, schwachsinnige Kinder mit Erfolg zu behandeln und zu unterrichten. Dazu gehören gewisse Vorbedingungen, z. B. eine genaue Kenntniss von der *gesunden* Kindesseele, ferner Erfahrungen über die verschiedenen Krankheitstypen, mit denen man es zu thun bekommen kann, sodann eine grosse Freudigkeit und Ausdauer, die auch trotz der vielen Misserfolge und der täglichen ermüdenden Beschäftigung mit den elementarsten Stoffen des Unterrichts nicht erlahmt, und schliesslich das Geschick, in diätetischer und technischer Hinsicht, durch geeignete Lebensweise und praktische Thätigkeit die Bemühungen des theoretischen Unterrichts zu unterstützen. Verf. bedauert, dass es auf den Universiiäten, selbst da, wo Lehrstühle für Psychiatrie beständen, an Anschauungsmaterial für den Unterricht in seinem Spezialfache fehle und dass nicht wenigstens in den pädagogischen Seminaren die Möglichkeit geboten werde, sich die nöthigen Kenntnisse für die Erziehung Schwachsinniger anzueignen. In der Frage, ob der in diesem Spezialzweig angewandte Aufwand von Mühe und Kosten überhaupt im Verhältniss zu den Erfolgen stehe, nimmt Verf. den bejahenden Standpunkt ein, indem er darauf hinweist, dass bei einem guten Procentsatz Schwachsinniger Erwerbsfähigkeit erzielt werde.

Reinhard (Hamburg).

197) **C. Barthold** (Hephata): Statistische Ergebnisse aus der Anstalt Hephata-Gladbach. (Zeitschrift f. d. Behandl. Schwachsinniger u. Epilept. I. Jahrg. Nro. 1.)

Wir entnehmen dieser Statistik einige Notizen von Belang. Zunächst erscheint uns der Umstand bemerkenswerth, dass nach den in

Hephata gemachten Erfahrungen der erworbene Schwachsinn und Idiotismus nicht leicht mehr nach dem 7. Lebensjahre entsteht, eine Beobachtung, die nach des Ref. Erfahrung auch anderwärts gemacht worden ist. — In ätiologischer Hinsicht sei erwähnt, dass in den ersten Lebensjahren 41 Kinder an Gehirnentzündung, 55 an Krämpfen, 8 an Nervenfieber, 7 an Kopftrauma, 2 an Scharlach, 2 an Masern und der Rest an anderweitigen entzündlich auf das Gehirn wirkenden Krankheiten gelitten hatten. — Unter 691 schwachsinnigen Kindern lag nur in 16 Fällen Blutsverwandtschaft der Eltern vor, dagegen in 61 Fällen motorische Trunksucht, meist von Vatersseite. — Von den 691 Kindern litten 55 an Schwachsinn, 560 an einfachem Blödsinn, 21 an Blödsinn mit Epilepsie, 8 an Blödsinn mit Chorea, 31 an Blödsinn mit halbseitiger Lähmung, 14 an Blödsinn mit verschiedenen Irrsinnsformen, 1 an Blödsinn mit Taubheit und 1 an Blödsinn mit Blindheit. — 117 konten gar nicht sprechen, 8 vermochten nur einzelne Laute, 146 nur einzelne Worte zu sprechen, 160 sprachen stammelnd und unverständlich, und nur 260 konnten fliessend und zusammenhängend sprechen.

Reinhard (Hamburg).

---

198) **E. Régis**: Note sur les obsessions anxieuses ou émotives. (Délire émotif de Morel). (Mittheilung über die quälenden Angstzustände und Gemüthsbewegungen). (L'Encéphale Nro. 6. 1885.)

Verf. kennt ausser den wirklich Geisteskranken geistig nicht normal veranlagte Menschen, die fast alle erblich belastet und neuropathisch sind, und an Zwangsvorstellungen leiden mit ängstlicher Verstimmung. Er schildert mannichfache Categorien und tadelt dann mit Recht die Sucht, für jede derselben einen Namen zu finden und führt als abschreckendes Beispiel folgende Bezeichnungen an „Celonéphobie, onomatomanie, arithmomanie, oïchophobie“. Er sucht vielmehr das Allen Gemeinsame heraus, wie es uns Deutschen schon längst geläufig ist. In einer Nachschrift wird die Frage erörtert, ob nicht bei der Aussichtslosigkeit sonstiger Behandlung vom Hypnotismus Gutes zu erwarten sei (!).

Stoltenhoff (Saargemünd).

---

199) **A. Paris**: Hallucinations continuer chez un imbécile. (Ständige Hallucinationen bei einem Imbecillen). (L'Encephale Nro. 6, 1885.)

Mittheilung der Krankengeschichte eines Imbecillen, 45 J. alt, der unaufhörlich und immer Dasselbe über sich sprechen hörte und darauf antwortete. Früh Morgens war er am unruhigsten, was der Stille der Nacht und der vermehrten Blutzufuhr zum Gehirn während der horizontalen Lage zugeschrieben wird.

Stoltenhoff (Saargemünd).

---

200) **A. Pick:** Circuläres Irresein. (Sep.-Abdruck aus der Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde von Eulenburg. II. Auflage 1886.)

Nach einer Definition des Begriffes „circuläres Irresein" und einem kurzen historischen Rückblick betont der Verf. zunächst, dass sowohl die Melancholie als auch Manie in dieser Krankheit alle möglichen Grade der Intensität und der Variation zeigen können, ja dass beide Phasen Jahre lang noch in einem dem socialen Leben völlig angepassten Rahmen verlaufen können und dass diese leichtesten Formen des circulären Irreseins nahe an jene innerhalb der Breite des normalen Lebens liegenden Phasen von periodischer geistiger Abspannung und gesteigerter Energie grenzen, welche bei einfach nervösen Individuen eine so häufige Erscheinung bilden. Sodann erwähnt er die seltenen Beobachtungen von Baillarger, Renaudin und Falret, wonach zuweilen in einer der beiden Krankheitsphasen paralytische Symptome vorgetäuscht werden können. Als somatische Begleiterscheinungen hebt er rasche und oft bedeutende Zu- oder Abnahme des Körpergewichts in einer der beiden Phasen, Steigerung des Turgors und verjüngtes Aussehen in der maniakalischen, Abnahme des Turgors und gealtertes Aussehen in der maniakalischen Phase hervor. Beide Phasen stehen weder in Bezug auf die Intensität noch hinsichtlich der Dauer in einem abhängigen Verhältniss zu einander. Dies gilt auch bezüglich des luciden Intervalls. Letzteres kann sowohl jedesmal zwischen Melancholie und Manie auftreten, als auch erst nach einem jedesmaligen Cyklus dieser beiden Krankheitsphasen. Im letzteren Falle steht das freie Intervall öfter im geraden Verhältniss zur Dauer des Cyklus als im ersteren. Es ist übrigens zu beachten, dass es auch Fälle gibt, in denen das lucide Intervall von vorne herein ganz fehlte oder später verloren ging. Die Krankheit beginnt bald mit einer initialen Melancholie, bald mit einer initialen Manie. Der Uebergang aus einer Phase in die andre ist meist ein sehr brusker. Auch im sogenannten freien Intervall kann von völliger Genesung keine Rede sein, sondern die Intelligenz hat stets etwas gelitten, „die gesammte geistige Reaction erscheint abgedämpft." — Als Hauptmoment in ätiologischer Beziehung ist die Heredität anzusehen. Gelegenheitsmomente bilden das Klimacterium, Intermittens, Typhus, schwere depressive Affecte. Meistens beginnt die Krankheit schon in einem frühen Alter, nicht selten sogar in der Pubertät. — Der typischen Form des circulären Irreseins ist nach L. Meyer auch noch eine symptomatische gegenüber zu stellen, bei welcher die Krankheit im Anschluss an Imbecillität oder secundären Schwachsinn entsteht. — Im Allgemeinen erkranken mehr Frauen als Männer an circulärem Irresein. — Abgesehen von leichteren psychischen Schwächezuständen machen sich selbst nach langem Bestehen der Krankheit keine Folgeerscheinungen derselben bemerklich. — Die Diagnose auf circuläres Irresein kann nur nach längerer Beobachtung sicher gestellt werden. Zu beachten ist, dass im Anfang der allgemeinen Paralyse ein Zustand vorkommen kann, der in seinem regelmässigen Wechsel zwischen Exaltation und Depression sehr an circuläres Irresein erinnert. Auch das epileptische Irresein kann in seltenen Fällen einen cir-

culären Charakter annehmen. — Heilungen dieser Krankheit sind höchst unwahrscheinlich, einige dahin gehörige Mittheilungen erscheinen schon deshalb zweifelhaft, weil noch gar kein regelmässiger Wechsel zwischen Melancholie und Manie in den betreffenden Fällen festgestellt war. Als Regel ist anzusehen, dass die Krankheit, wenn sie einmal ausgebildet ist, bis zum Lebensende dauert. Therapeutisch versprach man sich von Antitypicis, z. B. vom Chinin, Vortheil; doch wird dasselbe wohl meistens im Stiche lassen. Dasselbe gilt vom Bromkalium und anderen Sedativen. Wenn von einer Therapie überhaupt die Rede sein soll, so kann es sich nur um eine rein symptomatische handeln. — Die Theorie, nach welcher die Folie circulaire nicht als Krankheit sui generis, sondern als eine Reihe einfacher, nur in infinitum fortgesetzter Reaktionsvorgänge anzusehen ist, kann nicht aufrecht erhalten werden. Auch die Ansicht L. Meyer's, dass es sich um eine Trophoneurose handle, erscheint noch nicht genügend begründet. Dasselbe gilt von Meynert's Erklärung, wonach es sich um einen regelmässig wiederkehrenden Antagonismus zwischen Erregung des Gefäscentrums und des Vorderhirns handelt. — Eine pathologisch-anatomische Grundlage des circulären Irreseins hat sich nicht auffinden lassen.

Reinhard (Hamburg).

---

201) **Lentz** (Tournay): Observation de Folie paralytique à l'âge de 80 ans. (Beobachtung von Dementia paralytica im Alter von 80 Jahren.)

(Bull. de la Société de Méd. ment. de Belgique. Nro. 39. 1885.)

Im Gegensatze zu den von Simon, Christian, Legrand du Saulle u. A. fixirten Altersgrenzen für das Vorkommen der progressiven Paralyse ist L. der Ansicht, dass diese Affection bereits vor dem 20. Jahre auftreten kann und auch häufig nach dem 60. Lebensjahre erscheint. Er weist bei dieser Gelegenheit auf den erst kürzlich von Turnbull mitgetheilten Fall (Mental Science) hin, wo progressive Paralyse bei einem 12 jährigen Individuum diagnosticirt und durch die Autopsie bestätigt worden ist. Verf. berichtet nun über einen Kranken, der im Alter von 78 Jahren mit den Erscheinungen der Paralyse in seine Anstalt aufgenommen worden ist. Der in recht dürftigen Verhältnissen lebende, früher gesunde Mann, war bei der Aufnahme hochgradig exaltirt und beweglich, heiter und glücklich. Er hielt sich für den reichsten Mann Belgiens und verschenkte Millionen. Dabei Motilitätsstörungen, schwankender Gang und behinderte Sprache. Nach einiger Zeit trat Beruhigung ein, die Grössenideen blassten ab, die geistigen und körperlichen Kräfte verfielen immer mehr, so dass Patient 6 Monate nach seinem Eintritt in die Anstalt sich gar nicht mehr bewegen und kaum noch einige zusammenhängende Worte hervorbringen konnte. Aufs Aeusserste heruntergekommen, ging er allmählich in Folge von Marasmus zu Grunde. Die Autopsie bot ausser den bei fortschreitender Paralyse gewöhnlich vorkommenden Befunden des Gehirns nichts besonders Bemerkenswerthes.

Rabow (Berlin).

IV. Aus den Vereinen.

I. Aerztlicher Verein in Stuttgart.

Ausserordentliche Sitzung am 17. Dezember 1885.
(Medic. Corr.-Bl. d. Württemb. ärztl. L. V. 1886. 3.)

202) Professor **Sigel** stellt einen 10 jährigen Knaben vor, der an *Pseudohypertrophie* leidet und seit vielen Jahren weder stehen noch gehen kann. Körperlänge 1,15 Mtr., Gewicht 45 Kilo. Die Muskeln der unteren Extremitäten mit Ausnahme der Fusssohlen, sowie die Longissimi dorsi sind hypertrophisch, diejenigen der Oberextremitäten, mit Ausnahme der Deltoidei, ferner die beiden Rücken- und Bauchmuskeln, sowie die Sternocleidomastoidei sind atrophisch. Functionell verhalten sich die Muskeln folgendermaassen: die der Obergliedermaassen functioniren schwach, aber im Allgemeinen normal; die der Untergliedmaassen bewirken eine Einwärtsrotation der Schenkel, ferner befinden sich, sobald der Kranke steht, die Strecker und Adduktoren des Fusses in Contractionszustand (Pes equinus). Charakteristisch ist der watschelnde schwerfällige Gang, alle Bewegungen sind plump, was sich besonders zeigt, wenn sich Pat., auf den Boden gelegt, wieder aufrichten soll. Er „klettert dann gewissermaassen an sich selbst hinauf" (Henoch). Die Reflexe sind erhalten, nur der Patellarreflex fehlt. Harn eiweissfrei, Allgemeinbefinden gut.

Bezüglich der Heredität ergab die Anamnese ein negatives Resultat. E.

II. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung am 20. Januar 1886. (Le Progrès méd. Nro. 9. 1886.)

203) **Dupuy** präsentirt einen Hund, dem er die motorischen Centren weggenommen. Das Thier hat die Operation *überstanden und keine Lähmungssymptome gezeigt.* —

204) **Doléris** und **Butte**: *Chemische und experimentelle Untersuchungen über die Eclampsie.* — In 4 Fällen von Eclampsie haben beide Autoren im Blute eine unorganische, crystallinische Substanz gefunden. Dieselbe ist löslich in Aether und angesäuertem Wasser, unlöslich in Wasser, sehr wenig löslich in Alcohol und verhält sich gegenüber bestimmter färbenden Reagentien nicht wie die Ptomaïnen. Diese Crystalle sind toxisch und können ziemlich schnell, sogar in der allerkleinsten Dosis, Ratten und Sperlinge tödten. Letztere zeigen zuerst ein Excitationsstadium, werden dann somnolent und gehen nach Verlauf von 5 bis 10 Stunden zu Grunde. In einem fünften Falle konnten die Crystalle nicht gefunden werden. Bei diesem ergab die Bestimmung des Harnstoffs im Blute 0,046%; bei den 4 andern: 0,037%, 0,028%, 0,017% und 0,025%. Diese Zahlen beweisen, dass die Anhäufung von Harnstoff im Blute nicht bedeutend genug ist, als dass ihr eine Rolle in der Pathogenesis der Eclampsie vindicirt werden könnte.

205) **Babinski:** *Ueber einen Fall von Muskelatrophie cerebralen Ursprungs mit Unversehrtheit der Ganglienzellen der Vorderhörner des Rückenmarks und der motorischen Nerven.*

Auf der Abtheilung von Charcot konte B. die Autopsie einer Frau machen, die an rechtsseitiger Hemiplegie mit ausgesprochener Atrophie der Muskeln der gelähmten Seite gelitten hatte. B. constatirte folgenden Befund: Im Centrum ovale: ein Erweichungsherd. Im Rückenmark: descendirende Sclerose. Die Ganglienzellen der Vorderhörner zeigen sich unter demselben Aspect und in gleicher Anzahl auf beiden Seiten des R.-M. Die vorderen Wurzeln des 5. 6. 7. 8. Cervicalpaares und 1. Dorsalpaars, die Nervi Mediani und Cubitalnerven zeigen keinen Unterschied. — Die Muskeln der kranken Seite sind sehr atrophisch, die Fasern sehr dünn, ihre Körner zahlreicher als im normalen Zustande; das Bindegewebe verdickt und mit Fettkörnchen durchsetzt. Die intra-muskulaeren Nerven erscheinen gesund. — B. zieht aus dieser Beobachtung den Schluss, dass — entgegengesetzt der üblichen Annahme — eine Gehirnläsion mit descendirender Degeneration eine Muskelatrophie herbeizuführen vermag, analog der auf eine Durchschneidung der Nerven folgenden Atrophie: ohne dass die Nerven degenerirt seien, ohne dass die Vorderhörner deutliche Alterationen zeigen. Rabow (Berlin).

III. Société Anatomique zu Paris.

Sitzung vom 8. Januar 1886. (Le Progrès. méd. Nro. 8 1886.)

206) **Babinski** und **Charrin:** zeigen *Rückenmarksschnitte von combinirter Sclerose.* Dieselben rühren von einem Individuum her, das die classischen Symptome der Ataxie dargeboten hatte. Die Steigerung der Sehnenreflexe und die Contractur der untern Extremitäten liessen jedoch die Diagnose auf combinirte Sclerose stellen. — Die Schnitte variren je nach der Stelle des R.-M., welcher sie angehören. In einem Schnitte, der durch die Cervicalanschwellung geführt ist, beobachtet man eine sehr ausgeprägte Sclerose der hintern Stränge, der gekreuzten Pyramidenstränge, des Türk'schen Bündels und der directen Kleinhirnstränge. Ueber dieser Stelle findet sich nur eine kleine Streifen-Sclerose; unterhalb derselben ist die sklerosirte Partie weit beträchtlicher, alsdann verschwindet sie in der Lumbargegend. — In den hintern Strängen findet sich sehr dichtes Bindegewebe, sehr wenige Kernkörperchen, Gefässe mit verdeckten Wänden und es bleibt nur eine kleine Anzahl von myelinhaltigen Schläuchen. Diese Läsionen sind in den Goll'schen Strängen ausgeprägter als in den Burdach'schen Strängen. — In dem Pyramidensystem findet sich sehr wenig Bindegewebe, die Gefässe sind weit weniger alterirt als in den Hintersträngen; es findet sich eine grosse Anzahl von Kernkörperchen und es bleiben noch in der Fläche dieser Stränge viele Myelinschläuche. —

Babinski hebt mit Nachdruck hervor, dass diese Beobachtung die der von Kahler und Pick gleicht, zu den seltenen Fällen ge-

hört, wo man deutlich eine combinirte Sclerose sieht, in der die verschiedenen Stränge separirt ergriffen sind, ohne dass eine entzündliche Fortpflanzung von einem Strange zum andern vermittelst der Neuroglia zu existiren scheint. Rabow (Berlin).

IV. Pathological Society zu New-York.

Sitzung vom 25. November 1885. (The medic. Record. 26. Dezember 1885.)

207) Dr. **Boldt** zeigte *Gehirn und Rückenmark einer durch Cocain vergifteten Katze*, die nach Injection von 11 Minim's einer $33^1/_2$%igen Lösung zuerst eine Art hüpfenden Ganges mit Nachschleppen der Hinterbeine, dann tonische und klonische Krämpfe sowie eine der Cheyne-Stock'schen ähnliche Respiration gezeigt hatte, bis 12 Minuten nach der Injection der Tod eintrat. Bei der Autopsie fand sich starke Blutüberfüllung, (auch grössere und kleinere Blutergüsse) der Pia und der Substanz des Hirns und Rückenmark's, namentlich der grauen Substanz des letzteren. Die Lungen dagegen waren blutleer, das rechte Herz blutüberfüllt. Voigt (Oeynhausen).

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Sorau, Assistenzarzt, 2000 M., freie Wohnung, Heizung etc. 2) Allenberg (Ostpreussen), III. Arzt (Assistenzarzt), sofort, 1200 M. und freie Station. 3) Hildesheim, Assistenzarzt, 900 M. und fr. Stat. I. Cl. 4) Königslutter, 3. Assistenzarzt, 1000 M. und freie Station. 5) Bunzlau, a) II. Arzt. b) III. Arzt, 15. Mai, 1500 M. und freie Station. 6) Klingenmünster, II. Assistenzarzt, sofort, 1200 M. und freie Station. 7) Roda (Sachsen-Altenb.) Assistenzarzt, 1. April, 1000—1200 M. und freie Station, Verpflichtung auf ein Jahr. 8) Hannover. Stadtkrankenhaus, Irrenstation und eine Abtheilung der medicinischen Station, Assistensarzt, 1. April, 1000—1200 M. und freie Station. Meldung an den Magistrat in Hannover. 9) Bernburg, Assistenzarzt 1500 M. und freie Station. Persönliche Vorstellung nöthig. 10) Halle-Nietleben, II. Arzt, alsbald. 3000 M., Familienwohnung etc. 11) Dalldorf, Volontairarzt, sofort, 600 M. und freie Station. 12) Brieg (Schlesien), II. Arzt, 1. Mai, 1800 M. und freie Wohnung etc. 13) Rybnik, Assistenzarzt, sofort, 1500 M. und freie Station.

Um Einsendung von Separat-Abdrücken an den Herausgeber wird freundlichst gebeten.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 13).

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stärk, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke“ zu Bendorf bei Coblenz.

9. Jahrg. 15. April 1886. Nro. 8.

Inhalt.

I. Originalien.

I.

Allgemeine Paralyse mit sensorischer Aphasie associirt.[1])

Von Dr. med. ALBERT ROSENTHAL,

Ordinator an der Irrenanstalt in Warschau.

Obgleich für die verschiedenen Formen der Aphasie anatomische Befunde nachgewiesen wurden, liefert dennoch jeder autoptisch untersuchte Fall dieses Symptomencomplexes einen interessanten Beitrag

[1]) Nach einem in der Warschauer medicinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage.

zur Pathologie des Centralnervensystems. Die bahnbrechende Arbeit von Kussmaul[1]) hat hauptsächlich die klinische Seite der Sprachstörungen erläutert. Eine anatomische Classification des aphasischen Symptomencomplexes verdanken wir bekanntlich den Untersuchungen von Wernicke[2]), der 4 Hauptformen dieser Störung unterscheidet: die motorische, Leitungs-, sensorische und totale Aphasie. Die motorische A. localisirt W. in der l. Broca'schen Windung, die sensorische — in der I. u. II. linken Schläfewindung, die Leitungsaphasie — in der Associationsbahn, welche die Broca'sche W. mit den Schläfewindungen verbindet. Die anatomische Basis der motorischen A. (Kussmaul's ataktische A.) wurde von den meisten Autoren im obigen Sinne bestätigt. Was die sensorische A. betrifft, so hatte ich selbst vor 2 Jahren Gelegenheit in einem Falle von Worttaubheit[3]) die anatomische Ursache in einer Läsion des hinteren Theiles der I. und des anliegenden vorderen Abhanges der II. linken Schläfewindung — wie es Wernicke behauptete — zu bestätigen. Ich lege besonderes Gewicht auf diesen Fall, da die anatomische Läsion eine streng begrenzte war, nicht wie in anderen Fällen, wo die Zerstörungen mehr diffus sich verbreiteten. In letzter Zeit stellte Wernicke[4]) eine aphasische Kranke mit totaler Aphasie vor und trotzdem es ein Fall von allgemeiner Paralyse war, bei der die Herdsymptome nicht zur Annahme einer groben Herderkrankung berechtigen, fand sich bei der Section ein Erweichungsherd, der die Broca'sche W. und die I. Schläfewindung einnahm. — Die obige Einleitung hielt ich für nothwendig um die Stellung des folgenden Falles zu Aphasiefrage zu erläutern.

Krankengeschichte. Der 43 jähr. Ingenieur B. K. wurde zum ersten Male am 4. August 1881 in der hiesigen Irrenanstalt aufgenommen. Im Mai d. J. erlitt P. einen apoplectischen Insult, nach welchem er auf einige Zeit die Sprache völlig verlor; nur allmählich besserte sich dieselbe. Gleichzeitig weinerliche Stimmung, religiöse Exaltation, Gesichtshallucinationen. Im J. 1878 machte P. Luës durch und wurde mit Quecksilbereinreibungen behandelt. — P. von gutem Körperbau, Schleimhäute blass. Schädel symmetrisch; Pupillen eng, reflectorische Pupillenstarre. Ophthalmoskopische Untersuchung negativ. Zunge wird gerade herausgestreckt, zittert stark. Nasolabialfalten schwach ausgeprägt. Sprache erschwert, verlangsamt; spontan scheint der Redefluss ein normaler zu sein, jedoch bemerkt man, dass P. viele Begriffe nicht durch die entsprechenden Worte zu bezeichnen weiss und zur Benennung dieser einer Umschreibung sich bedient. Patient äussert selbst, dass er sich vieler Worte nicht erinnern könne, dass er dieselben früher gut kannte und sie seit dem Anfalle nicht wieder in's

---

[1]) Die Störungen der Sprache 1877.

[2]) Lehrbuch der Gehirnkrankheiten I.

[3]) Ein Fall von corticaler Hemiplegie mit Worttaubheit. Centralbl. für Nervenheilkunde etc. 1884. Nro. 1.

[4]) Vortrag in der medicinischen Section der Schlesisch. Gesellschaft für vaterländ. Cultur. Referirt im Centralbl. f. Nervenh. 1886. Nro. 4.

Gedächtniss bringen könne. In solchen Fällen ist er oft betrübt und wiederholt immer: „das habe ich gewusst, ich kann mich nur nicht erinnern“. Eie Redeäusserungen sind auf einige stereotype Sätze beschränkt, z. B.: „Gott sei Dank, es geht besser, ich befinde mich mit jedem Tage wohler, bete zu Gott“ oder die soeben citirten. — Das zu ihm Gesprochene versteht P. gut und führt das von ihm Verlangte richtig aus z. B. zeigt die Zunge, reicht die Hand u. s. w. Bei Vorzeigen von Gegenständen stellt sich der Defect des P. deutlich heraus: für die gewöhnlichsten Dinge findet er in seinem Gedächtnisse keine richtige Benennung. Zeigt man ihm z. B. einen Stuhl, so bezeichnet er denselben: „zum Sitzen“; fragt man: ist das eine Bank, so antwortet er, indem er das Wort einigemal wiederholt: „nein“. Ein Messer bezeichnet er: „zum Schneiden“; fragt man: ist das eine Axt, Säbel etc. so antwortet er: „nein“; ist das ein Messer — ja ja, ein Messer, ich weiss es, ich konnte mich nur nicht erinnern“. Sehr oft wird jedoch das gehörte Wort verstümmelt nachgesprochen, so anstatt: „nóz“ sagt er: „nos“. Eine Stunde später oder auch schon früher vergisst er die Benennung wieder. — Auf solche Weise wurde die Amnesie der meisten Substantiva erwiesen. Die Wortamnesie ist jedoch nicht vollständig, da der optische Eindruck des vorgestellten Gegenstandes und noch mehr das vorgesprochene Wort im Kranken die vergessene Bezeichnung wachruft. Aber ausser Hauptwörtern besitzt P. Eigenschafts- und Zeitwörter nur in beschränktem Masse und er bedient sich anderer, die das Gewünschte nur theilweise oder weitläufig bezeichnen. Um das Vergessene wieder zu erlernen, schrieb sich P. die ihm in Erinnerung zurückgebrachten Benennungen nach dem Alphabet auf und benützte dies bei der Unterhaltung. Aus obigen Gründen zeigt die Sprache des P. einen kindischen Charakter. Das Zählen wird nur bis 10 richtig ausgeführt; höhere Zahlen ist er nicht im Stande vorzubringen; das Multipliciren hat er verlernt, so 4×6 sind 46 u. s. w. Das Lesen geht sehr langsam von Statten: die Buchstaben sind ihm bekannt; die Worte syllabysirt er, verdreht jedoch die Reihenfolge der Silben, so dass entstellte, sinnlose Worte entstehen. P. ist nicht im Stande den Sinn des Gelesenen wiederzugeben. — Das Abschreiben von gedruckten Zeilen ist zumeist richtig; auch ist P. im Stande einen Brief von einigen Zeilen selbständig niederzuschreiben, jedoch enthält das Schreiben die gewöhnlichen eingeübten Phrasen und Umschreibungen der Hauptwörter, wie ich es oben bereits hervorhob.

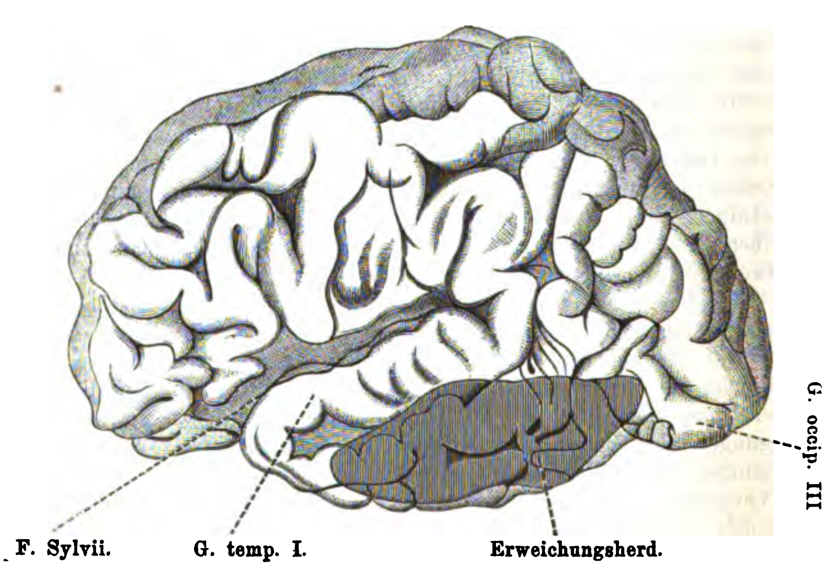
Was den Zustand der inneren Organe betrifft, so ist ausser einem geringen Lungenemphysem Nichts Abnormes zu konstatiren. — Die Sensibilität ist an verschiedenen Körperstellen abgestumpft, so dass Nadelstiche als Berührung empfunden werden; auch ist die Localisation der Berührung nicht prompt. Die Haut- und Sehnenreflexe normal. Die Bewegungen der oberen und unteren Extremitäten frei, die feineren Bewegungen der Hände jedoch ungeschickt; der Gang langsam, schwer. Das Verhalten des Kranken ist ruhig, er betet oft, spielt richtig Karten, spielt einige Stücke auf der Violine, liest Zeitungen ohne dieselben zu verstehen; bei der Unterhaltung erscheint er oft betrübt in Folge

der bezeichneten Gedächtnisssнwäche. — In diesem Zustande verblieb der P. in der Anstalt ein ganzes Jahr bis zum 30. Juni 1882 und wurde auf Wunsch seines Bruders entlassen.

Im November 1883 wurde P. unruhig, ungemein lustig, griff seine Umgebung an, zerstörte Gegenstände, so dass man genöthigt war ihn vorläufig in einem allgemeinen Krankenhause zu Kalisch unterzubringen. Von dort wurde P. am 15. Februar 1884 unserer Anstalt überliefert. Patient erschien somatisch in demselben Zustande wie zuvor; die Gedächtnissschwäche spec. die verbale Amnesie noch deutlicher ausgesprochen. Psychisch ist er reizbar, unzufrieden mit der Umgebung, betrachtet sich für gesund, Schlaf gestört. Die vorgenommene Untersuchung ergiebt das Vorhandensein der Defecte der Sprache, wie sie oben geschildert wurden. Der Ausfall der Erinnerungsvorstellungen hat eine sichtbare Geistesschwäche zur Folge. Ausser Pupillenverengerung, Zittern der Lippen und der ausgestreckten Zunge wird noch Zittern der Hände und unsicherer plumper Gang beobachtet. Im Verlaufe wurden weder epileptoide noch paralytische Anfälle beobachtet. Allmählich wurde P. schwächer, von Zeit zu Zeit jedoch unruhig, zerriss seine Kleider, wurde schwach in den Beinen, es trat Incontinenz ein, profuser Durchfall und in diesem Zustande verschied er am 14. Februar 1886.

Die vorgenommene *Autopsie* erwies: Bronchopneumonia caseosa in apicibus. Emphysema pulmonum. Gastroenteritis catarr. chronica. Leptomeningitis chronica. *Encephalomalacia gg. temporalium II et III sinist.* — Was den Befund am Gehirn betrifft, so ist Folgendes zu bemerken: Der Sinus longitud. etwas weit, enhält nur lose Gerinnsel,

Linke Hirnhemisphäre.
Ansicht von der Seite.



desgl. die Sinus an der Basis. Die Dura haftet etwas fest an der Innenfläche des Schädels; ihre Dicke ist gering, die Innenfläche durchaus zart, weiss. Bei Durchschnitt der Dura fliesst aus der linken Schädelgrube eine ziemliche Quantität seröser Flüssigkeit aus. An der Convexität beider Hemisphären, ganz besonders über der linken zeigt sich die Pia trübe, weisslich, undurchsichtig, leicht verdickt. Der linke Schläfelappen erscheint bedeutend eingesunken; bei Ablösung der Pia, die nur schwer gelingt, zeigt sich daselbst die II. und III. Schläfewindung in einen weisslichgelben dünnen Brei verwandelt, der unter dem Wasserstrahl flottirt. Der Erweichungsherd beginnt am unteren vorderen Ende der II. und III. Schläfewindung, zieht sich in Form eines breiten Streifens nach hinten und oben, greift in seiner Mitte auf den mittleren Theil des unteren Abhanges der I. Schläfewindung und endet sich verschmälernd an der Grenze des g. angularis und der zweiten Hinterhauptswindung. Der Erweichungsherd hat einen Längsdurchmesser von 10 ctm., Quer 2—3 ctm. und eine Tiefe von 1—1,5 ctm. Der Herd zerstörte also ausser der Corticalis auch das anliegende Marklager. — Die Stirnwindungen, die Reil'sche Insel intact. Die Windungen der rechten Hemisphäre normal, die Ablösung der Pia gelingt jedoch etwas schwer und werden Partikel der Corticalis mit abgezogen. Die Hirnventrikel sind beiderseits dilatirt, der linke weit mehr als der rechte. An den Centralganglien, Pons und Med. oblong. keine Abnormitäten. Die Arterien an der Hirnbasis sind zart und dünnwandig.

Die mikroskopische Untersuchung des Erweichungsherdes zeigt stark überfüllte Blutgefässe, bedeutende Anzahl fettig degenerirter Wanderzellen, massenhafte Körnchenzellen und moleculären Detritus. Die zuführenden Gefässäste erscheinen thrombosirt.

Epicrise. Die beschriebene Beobachtung stellt uns zuvörderst einen Fall von sensorischer Aphasie vor. Nach einem apoplectischen Insult blieb Aphasie zurück, die sich als Verlust des Gedächtnisses für die Wörter, insofern sie acustische Lautcomplexe sind, herausstellte. Die motorische Seite des Sprachvermögens blieb intact. Worttaubheit bestandt nicht, da P. nicht nur nachsprechen konnte, auf Verlangen Bewegungen ausübte, sondern auch aus den vorgesagten Wörtern das Richtige zur Bezeichnung der vorgezeigten Gegenstände herausfand. Ausserdem bestand Alexie, da er wohl Buchstaben aussprach, ganze Worte jedoch verstümmelt und verdreht wiedergab. Das Schreiben des P. war lückenhaft, nicht ohne Fehler und enthielt zumeist stereotype Ausdrücke. Das Krankheitsbild enthält also: verbale Amnesie, Alexie, zum Theil Agraphie; keine Worttaubheit. Nach Kussmaul's Eintheilung ist es ein Fall von amnestischer Aphasie, nach Wernicke's Classifikation gehört er zur sensorischen Aphasie, jedoch ohne Worttaubheit, die ein Grundsymptom seiner sensorischen A. bildet. Der Fall beweist also, dass strenge Differenzirungen der Aphasiestörungen bisher undurchführbar sind. Die constatirte Läsion des linken Schläfelappens betraf die II. und III. Windung in ihrer ganzen Länge und ein nur unbedeutendes Mitergriffensein der I. Schläfewindung. Dies erklärt vielleicht den Mangel an Worttaubheit, die nach Wernicke hauptsächlich an die I.

Schläfewindung gebunden ist, wie ich es auch in meinem oben citirten Falle von Worttaubheit bestätigt fand. — Mein jetziger Fall erinnert an die Beobachtung von Kussmaul,[1]) in welcher bei bedeutenderem Ausfall des Sprachvermögens (verbale Amnesie) 2 Herde gefunden wurden: a) im vorderen Theile des g. angularis (5,5 ctm. lang) und der zweite am Uebergange des g. occip. b) in den g. temp. II. (2 cm. lang). Die Sprachstörung war in meinem Falle geringer, die Läsion jedoch ausgebreiteter. Der 2. analoge Fall Kussmaul's[2]) (Amnesie der Haupt- und Zeitwörter, Worttaubheit) bei einem Linkshändigen zeigte bei der Section den rechten Schläfelappen geschwollen und in seinem vorderen Theile im Umfang etwa eines Gänseeies gelblich erweicht; ausserdem Erweichung des Kopfes des n. caudatus. In beiden Fällen war Hemiplegie (im 1. rechtsseitige, im 2. linksseitige) vorhanden; beide führten im Laufe von 3 Wochen zum Tode. In meinem Falle bestand die Sprachstörung über 4 Jahre unverändert. Aehnlich wie in meinem oben citirten Falle von Worttaubheit die Läsion sich auf die I. und den vorderen Abhang der II. Schläfewindung beschränkte, so war sie auch hier auf die II. und III. Schläfewindung allein angewiesen. Zuletzt ist noch der Mangel von groben Lähmungserscheinungen hervorzuheben. —

Was meinen Krankheitsfall in toto betrifft, so wurde aus dessen Erscheinungen: der verlangsamten Sprache (ausser den aphasischen Störungen,) Zittern der Zunge, Myose, reflectorischer Pupillenstarre, Gedächtnissschwäche die schnell zur Demenz führte — die Diagnose auf Dementia paralytica gestellt. Es traten zwar keine characteristischen paralytischen Anfälle (ausser dem die Krankheit einleitenden) ein; jedoch wies darauf die dann eingetretene Schwäche der Beine, Incontinenz, zeitweilige psychische Aufregungszustände und schliesslich auch der Sectionsbefund am Gehirn, der unter anderen in einer chronischen Meningitis mit Adhärenzen der Pia an der Corticalis bestand. Es wäre dies also ein Fall von Paralyse, in dem der die Krankheit einleitende paralytische Anfall (in Folge von Thrombose) eine Erweichung der Schläfewindungen und dadurch eine sensorische Aphasie, die die Grundkrankheit maskirte, hervorgebracht hat. Es steht dieser Umstand im Einklang mit der oben citirten neuen Beobachtung von Wernicke, der bei einer Paralytischen mit totaler Aphasie behafteten einen Erweichungsherd der Broca'schen W. und der I. Schläfewindung vorfand. Aehnliche Fälle von Combination der Paralyse der Irren mit sensorischer Aphasie sind äusserst selten. Bekannt ist nur (citirt bei Mendel[3]) der Fall Billod's, in dem nach mehrjährigem Bestehen der Paralyse vollständige Aphasie auftrat; die Section ergab 2 Erweichungsherde in der unteren linken Stirnwindung. Der Fall von Culerre[4]) (Progr. Paralyse und Aphasie) ist ohne Sectionsbefund.

---

[1]) Störungen der Sprache p. 166.

[2]) Störungen der Sprache p. 168.

[3]) Die progressive Paralyse der Irren 1880 p. 130.

[4]) Ebendaselbst.

Es lässt sich somit aus Wernicke's und meiner Beobachtung der Schluss ziehen, dass wir in der Zukunft vielleicht das Bild der allgemeinen Paralyse in Abarten sondern werden können, deren hervorstechendsten Symptomenreihen von der jeweiligen dominirenden Herderkrankung abhängen werden. —

II.

Ein Fall von halbseitiger, im Anschlusse an stärkere Körperbewegungen auftretender Cyanose des Gesichts.

Von Dr. OTTOMAR ROSENBACH,

Privatdocent an der Universität Breslau.

Der gleich zu beschreibende Fall von halbseitiger, temporär auftretender Gesichtscyanose hat nicht nur wegen der Seltenheit derartiger Beobachtungen ein casuistisches Interesse, sondern verdient vor allem wegen seiner Beziehungen zu der Lehre von der Ephidrosis unilateralis, die er in gewissem Sinne zu ergänzen geeignet ist und zur Frage von der Wirkungsweise der vasomotorischen Nerven eine eingehende Beachtung.

Der 9 jährige Knabe Paul P., dessen Vater an acuter Pneumonie gestorben ist, dessen Mutter und Geschwister gesund sind, hat die Kinderkrankheiten überstanden und einigemal an leichtem Eczem der Nase und beider Ohren gelitten. An einem heissen Tage des Monats August 1885 bemerkte die Mutter zum erstenmale, dass der Knabe, der längere Zeit spielend einen Reifen getrieben hatte, eine auffallende blaue Verfärbung der ganzen rechten Gesichthälfte zeigte, „gleichsam als ob er einen blauen Schleier vor der rechten Seite trüge," eine Erscheinung, die ihr um so auffallender war als die linke Gesichtshälfte ganz blass erschien. Schweisssecretion soll nur am behaarten Kopfe und auf der Stirn bestanden haben; doch sind die Angaben hierüber nicht ganz zuverlässig. (S. Status praesens.) Die Temperatur der verfärbten Gesichtshälfte war angeblich erhöht, die Bläuung soll die Mittellinie des Gesichts nicht überschritten und sich auch nicht auf die Halsgegend erstreckt haben. Körperliche Ruhe brachte die Erscheinung bald zum Verschwinden, so dass eine Differenz beider Gesichtshälften nicht mehr wahrgenommen werden konnte, doch rief auch in der nächsten Zeit jede stärkere Muskelanstrengung das Phänomen hervor, ein Umstand, der die Mutter veranlasste die ärztliche Hilfe meines Freundes Dr. Goldschmidt nachzusuchen, der den Knaben mir zur Beobachtung überwies.

Der Knabe, den ich im November 1885 zum ersten Male sah, ist seinem Alter entsprechend geistig entwickelt, von verhältnissmässig kleiner Statur, aber guter Muskelkraft und zeigt eine gesunde, zeitweise etwas blasse Gesichtsfarbe. Die zarte Gesichtshaut lässt auf beiden Seiten keine Differenzen erkennen, die Pupillen und Lidspalten sind beiderseits gleich gross. Die physikalische Untersuchung ergibt überall normales Verhalten der Brust- und Bauchorgane. Lässt man den Kna-

ben stärkere Körperbewegungen ausführen (Treppensteigen, Heben schwerer Gegenstände, Laufen etc.) so tritt bei wärmerer Temperatur des Aufenthaltsortes schneller, bei kälterer später, aber stets innerhalb 4—5 Minuten eine auffallende Farbenveränderung der rechten Gesichtshälfte auf. Zuerst zeigt sich eine leichte Bläuung der Stirnhaut, gleich darauf eine solche der Wangen, der Nase, der Ohren, des Kinns. Die Verfärbung wird immer intensiver und zuletzt bieten die genannten Theile das Bild einer exquisiten, manchmal fast blauschwarzen Cyanose, die mit der Mittellinie des Gesichts ganz scharf abschneidet und nur sehr selten einen kleinen Ausläufer nach der linken Seite des Nasenrückens sendet. Die Conjunctiva palpebrarum der rechten Seite erscheint ebenso, wie einzelne kleine Gefässe der Conjunctiva Sclerae stärker injicirt als links, aber nicht cyanotisch; an der Mund- und Wangenschleimhaut sowie an den Gefässen der Retina zeigt sich keine Veränderung. Die Pupillen und Lidspalten sind nicht different. Die Temperatur der rechten Seite ist an allen verfärbten Stellen stark erhöht; am wärmsten erscheint der zufühlenden Hand das Ohr, dessen blaue Farbe nach einigen Minuten in eine blaurothe übergeht. Die Prüfung der Sensibilität ergibt auf beiden Seiten identische Verhältnisse. Hervorzuheben ist noch, dass während der Entstehung und während der Acme der Verfärbung die linke Gesichtshälfte auffallend blasser und merklich kühler als sonst erscheint, ein Verhalten, welches sicher nicht blos auf einer Täuschung des Urtheils durch Contrastwirkung beruht. Die eben beschriebenen Veränderungen verschwinden bei körperlicher Ruhe des Knaben ebenso schnell wie sie aufgetreten sind und es tritt völlige Symmetrie in der Färbung des Gesichts ein. Lässt man die Bewegungen weiter fortsetzen, so geht die blaue Farbe in Blauroth, an den Ohren in ein gesättigtes Roth über, die Haut fühlt sich brennend heiss an, während die blasse Farbe der linken Gesichtshälfte nur an der Wange eine Spur von Röthung zugemischt erhält; auch an der rechten Seite des Halses beginnt sich eine Rothfärbung zu zeigen. Ein der Gesichtshaut genähertes kaltes Brillenglas beschlägt sich rasch mit Wasserdampf, während es auf der anderen Seite unverändert bleibt; die Haut fühlt sich namentlich am behaarten Kopf und an der Stirnhaut feucht an; endlich bricht an den genannten Stellen, ferner am Ohr und am Halse Schweiss aus, während die linke Gesichtshälfte kühl und trocken bleibt. Auch diese durch anhaltende Körperbewegung erzeugten höheren Grade der halbseitigen Circulationsanomalie mit ihren Folgen gehen nach viertelstündiger Dauer, ohne eine Spur zu hinterlassen vorüber. Galvanisation oder Faradisation des Sympathicus ruft keinen Schweissausbruch hervor. Der Vollständigkeit halber wollen wir hier noch einmal besonders betonen, dass weder am Herzen, noch an den Augen irgend welche Erscheinungen, die auf Sympathicusaffection zurückgeführt werden könnten, zur Beobachtung kommen. — Seit dem Auftreten der kälteren Jahreszeit scheinen die Anfälle bedeutend an Intensität verloren zu haben, da, wie die Mutter angibt, selbst längere Spaziergänge, schnelles Treppensteigen, und andere mit Muskelarbeit verbundene Thätigkeiten, die sonst stets die Erscheinung hervorriefen,

jetzt höchstens nur eine leichte Verfärbung der rechten Gesichtshälfte, einen bläulichen Schimmer, der bis zur Mittellinie reicht, zur Folge haben. In der That zeigte der Knabe bei einer jüngst vorgenommenen Untersuchung die Verfärbung, die sonst nach Zurücklegung des ziemlich weiten Weges von seiner Wohnung bis zu mir, deutlich wahrnehmbar war, jetzt nicht mehr; auch durch äusserliche Application von Wärme liess sie sich nicht mehr hervorrufen und nur sehr lebhafte, durch mindestens 10 Minuten fortgesetzte körperliche Anstrengung (Herauf- und Herabspringen von einem Stuhle) im geheizten Zimmer brachte sie, wenn auch nicht in der früheren Intensität zum Vorschein, so dass die Möglichkeit eines vollkommenen Verschwindens der eigenthümlichen Anomalie nicht ausgeschlossen erscheint. Indess wird wohl erst die wärmere Jahreszeit diese Frage entscheiden, da die abnorm kalte Witterung dieses Winters für das Zustandekommen des Phänomens vielleicht zu ungünstige Bedingungen bietet.

Das Interesse unseres Falles liegt, wie wir bereits oben hervorgehoben haben, nicht nur in seinen Beziehungen zu der Ephidrosis oder Hyperhidrosis unilateralis, sondern vor allem in seiner Bedeutung für die Theorie der Schweisssecretion. Dass unsere Beobachtung in die erwähnte Categorie der Secretionsanomalien des Hautorgans gehört, dürfte wohl keinem Zweifel unterliegen, wenn man das in der Krankengeschichte hervorgehobene Factum berücksichtigt, dass die nach kräftigen Muskelbewegungen sich blau verfärbende Gesichtshälfte bei fortdauernder starker Muskelthätigkeit, während alle andere Körperregionen trocken und kühl bleiben, eine beträchtliche, streng localisirte Schweisseruption aufwies. Das klinische Bild der Hyperhidrosis unilateralis faciei (et colli) liegt also zweifellos vor, doch nicht das dem anatomischen Substrat einer Sympathicusaffection entsprechende, da die wichtigen oculopupillären Symptome vollkommen fehlen und die Anwesenheit vasomotorischer und secretorischer Symptome unseres Erachtens allein nicht genügen kann die — oft mehr theoretischen Erwägungen entspringende als aus den beobachteten Erscheinungen mit logischer Nothwendigkeit sich ergebende — Diagnose der Sympathicuserkrankung zu begründen: In der That liegt keine Veranlassung vor, die in unserm Falle aufretenden Symptome auf die Läsion einer bestimmten Nervenbahn zurückzuführen, denn sie sind nicht gleichwerthig, sondern die secretorischen Erscheinungen sind den vasomotorischen subordinirt; sie sind aller Wahrscheinlichkeit nach erst eine Folge der Circulationsveränderung. Dass dieser Auffassung von dem Mechanismus der Schweisssecretion in unserm Falle die Berechtigung nicht abgesprochen werden kann, dafür plaidirt doch die klinische Beobachtung in unzweideutiger Weise, da wir *erst* die blaue Verfärbung der Haut, dann die Temperaturerhöhung der verfärbten Theile, später das Blaurothwerden derselben mit Steigerung der Wasserdampfexhalation*) und zuletzt erst die local beschränkte halbseitige

*) Die Vermehrung der Wasserdampfexhalation lässt sich, wie wir bereits in einem andern nicht veröffentlichten Falle von typischer Ephidrosis unilateralis bei einer Erwachsenen zu beobachten Gelegenheit hatten, gut dadurch

Schweissabsonderung eintreten sehen. Da die Transpiration zuerst am behaarten Kopfe beginnt, wo der dichte Haarwuchs die Wärmeabgabe der Haut am meisten verhindert, so sind in unserer Beobachtung alle Bedingungen erfüllt, die Reizung der Schweissnerven als das Secundäre, die Gefässerweiterung und die verhinderte Wärmeabgabe als das Primäre hinzustellen, um so mehr als es ja bei kürzerer Dauer der Muskelthätigkeit *nur* zur starken Hyperämie oder stärkeren Wasserexhalation, aber nicht zur Schweissabsonderung in flüssiger Form kam. Dass die Reizung der Schweissnerven aber nicht allein genügt, um beim unversehrten Organismus Schweiss in derselben Weise hervorzurufen, wie beim Experimente an amputirten (blutlosen) Theilen, dass vielmehr der Schweissabsonderung in vivo locale Blutfülle vorausgehen muss, beweist ebenfalls unser Fall, denn obgleich der Einfluss der Muskelthätigkeit auf die Transpiration, durch die in allen Fällen so ergiebig Schweiss hervorgerufen wird, ja in derselben Weise an den Schweissnerven beider Gesichtshälften zur Geltung kommen müsste, so bleibt dennoch auf der linken Seite mit der *Gefässerweiterung* auch die Schweissabsonderung völlig aus. Die etwaige Annahme, dass die auf der rechten Seite beobachtete Secretion eine stärkere (pathologische) Erregbarkeit der betreffenden Nerven erschliessen lasse, kann zwar nicht mit absoluter Sicherheit zurückgewiesen werden, doch würde selbst dann, wenn man diese Möglichkeit zuzugeben geneigt wäre, an der Sachlage, dass eine stärkere Blutanhäufung in einem bestimmten Bezirke der Thätigkeitsäusserung der Schweissnerven vorausgehen muss, dass also die Transpiration stets erst Folge dieser Hyperämie ist, nichts geändert werden. — Wie entsteht nun diese Hyperämie? Ist sie eine Folge des Einflusses vasomotorischer Nerven, handelt es sich um eine Lähmung von Verengerern oder Erweiterern der Gefässe oder vielleicht nur um *locale*, überhaupt nicht von *Nerveneinfluss* abhängige Vorgänge? Zur Beantwortung dieser Frage muss vor allem der eigenthümliche Umstand, der sich in unserem und in anderen Fällen von Hemihidrosis in voller Reinheit constatiren liess, herbeigezogen werden, nämlich die complete Anhidrosis oder das Bestehen einer starken Verminderung der Schweisssecretion an allen übrigen Körperstellen, oder wenigstens an den symmetrischen Regionen. Wenn andere Körperregionen überhaupt nicht die Fähigkeit besitzen auf die sonst die Transpiration fördernden Momente mit Gefässdilatation und Schweissabsonderung zu reagiren, so kann wie z. B. in unserm Falle die locale Schweisssecretion (Ephidrosis unilateralis), ebensowenig wie die vorausgehende Gefässerweiterung etwas Absonderliches haben; denn da es naturgemäss ist, dass gewisse Erregungen Transpiration hervorrufen, so ist die Ephidrosis hier eben nur der Ausdruck eines an und für sich normalen

---

zur Anschauung bringen, dass man ein kaltes Glas (Brillenglas), auf dem sich der Wasserdampf leicht niederschlägt, der Haut so nahe als möglich bringt. Bei der oben erwähnten Patientin, die eine Brille trug, „beschlug" sich vor dem Beginn der Schweisssecretion das vor dem Auge der allein schwitzenden Gesichtshälfte befindliche Brillenglas sofort, während das andere durchsichtig blieb.

Verhaltens des betreffenden Körpertheils, während gerade die nicht schwitzenden Partien abnorme Reaction zeigen. Natürlich wird unter dieser Voraussetzung auch der Umstand erklärlich, dass durch die Gefässe der schwitzenden Seite bedeutend mehr Blut fliesst als bei der sonst unter normalen Verhältnissen beim Schwitzen erfolgenden gleichmässigen Vertheilung des Blutes auf die Gefässe der gesammten Körperperipherie, denn wenn sich einzig und allein die Gefässe einer *bestimmten* Körpergegend dem Gesetze, dass starke *Muskelthätigkeit secundär Erweiterung der Hautgefässe* mit sich führt, anpassen, so werden sie auch unter dem Einflusse der verstärkten Herzaction und der beschleunigten Blutcirculation natürlich bedeutend mehr Blut empfangen und demgemäss auch zur stärkeren Transpiration Veranlassung geben müssen als sonst. Sprechen ferner schon unter gewöhnlichen Verhältnissen die Erscheinungen, welche die Schweisssecretion begleiten, sehr zu Gunsten der Annahme, dass die die Transpiration untrennbar begleitende Circulationsveränderung des Hautgebiets selbst dort wo die ganze Hautoberfläche an der Schweisssecretion betheiligt ist, nur localen an Ort und Stelle selbst direct wirkenden Bedingungen ihre Entstehung verdankt, so kann man mit noch grösserem Recht für Fälle von Ephidrosis unilateralis, in denen, wie in dem unseren, der Schweissausbruch überhaupt nur ein localer, räumlich beschränkter ist, jede Erklärung zurückweisen, welche eine Affection des vasomotorischen Centrums, oder einzelner vasomotorische Fasern enthaltender Nervenfasern (Sympathicus) als Grundlage der regionären Hyperämie ansieht. Wie sollte man auch annehmen, dass gerade die doch in so vielfachen Zweigbahnen verlaufenden vasomotorischen Fasern der Gesichtshaut allein afficirt seien, während alle anderen Fasern freibleiben? Wie soll man erklären, dass die die Schleimhaut der Wange und die Retina versorgenden Gefässnerven von der supponirten Läsion nicht betroffen sind? Soll man endlich eine Lähmung der Constrictoren oder eine Reizung der Gefässerweiterer für die Erscheinungen verantwortlich machen? Eine *Lähmung* im eigentlichen Sinne kann doch nicht vorliegen, da ja die Gefässerweiterung sich innerhalb weniger Minuten zurückbilden kann, während auf der andern Seite doch die eigenthümliche Blaufärbung der Haut, die einem hohen Grade von Cyanose entspricht, eine Stauung*) in den Hautgefässen, also eine Ausdehnung des Gefässvolumens auf das Unzweifelhafteste anzeigt. Wir glauben mit Rücksicht auf unsern Fall, der jene Trennung der einzelnen, der Ephidrosis unilateralis vorangehenden oder sie begleitenden Veränderungen der Blutcirculation in der Haut in höchst prägnanter Weise gestattet, die sich der Erklärung bietenden Schwierigkeiten am besten durch folgende Annahme lösen zu können.

---

*) Dass es sich hier nicht um eine Stauung durch Erschwerung des Abflusses des Venenblutstrom's handelt, wie bei der die Compensationsstörungen begleitenden Cyanose, ist wohl a priori klar; die anscheinende Stauung entsteht in unserem Falle nur dadurch, dass das Blut in den erweiterten Gefässen langsamer strömt und demgemäss mehr Sauerstoff abgibt als sonst.

Unter dem Einflusse der durch die Muskelbewegung im Organismus hervorgerufenen Veränderungen (wir wählen diesen neutralen Ausdruck, weil er über die Art und Beschaffenheit dieses Factors — im wesentlichen handelt es sich wohl um eine durch vermehrte Oxydation bedingte Temperaturerhöhung — am wenigsten präjudicirt) werden die contractilen Elemente der Arterien oder der Capillargefässe erschlafft, und das in Folge des Mangels der treibenden Kraft langsamer circulirende Blut gibt der Haut so lange eine cyanotische Färbung, bis die unter dem Einflusse der stärkeren fortdauernden Körperbewegungen wesentlich vermehrte Herzarbeit durch das Eintreiben frischer Mengen von Blut in die betreffenden Bezirke eine Beschleunigung der localen Blutcirculation, rothe Färbung des Integuments und endlich bei andauernd günstigen Bedingungen Schweisssecretion herbeiführt. Es handelt sich hier unserer Auffassung nach also im Wesentlichen um eine *Erschlaffung* der Wandungen der Hautgefässe in Folge localer individueller Disposition, nicht um eine Lähmung derselben durch Paralyse der Vasoconstrictoren. Wesentlich begünstigt wird die Füllung der relaxirten Gefässe durch das Verhalten der Blutgefässe der anderen Seite resp. des übrigen Körpergebietes, die auf den durch die Muskelthätigkeit gesetzten Reiz (Temperaturerhöhung) nicht in normaler Weise durch Erweiterung reagiren und es bietet unseres Erachtens in manchen Fällen — sicher aber in dem vorliegenden — das ungewöhnliche Verhalten der nicht schwitzenden Seite, die Anhidrosis, mindestens dasselbe physiologische und pathologische Interesse als die Hyperhidrosis der transpirirenden Region.

II. Original-Vereinsberichte.

Verein deutscher Aerzte in Prag.

Sitzung am 12. März 1886.

208) **Kahler:** *Ueber dauernde Polyurie als cerebrales Herdsymptom.*

Nach Hinweis auf seinen früheren Vortrag über traumatische Polyurie und nach Definition des Begriffes „cerebrales Herdsymptom" theilt er das Resultat einer kritischen Würdigung von 21 einschlägigen Beobachtungen aus der Literatur mit, denen er einen selbstbeobachteten Fall zugesellt. Dasselbe ergiebt die Localisation der dauernden Polyurie als Herdsymptom in den Gebilden der hinteren Schädelgrube. Wenn trotzdem die Anschauung, dass der Diabetes insipidus ein Herdsymptom der oblongata ist, so festen Fuss gefasst hat, so liegt die Erklärung dafür in dem übermächtigen Einfluss der Bernard'schen Experimente. Dabei blieb jedoch, wie Vortr. schon früher ausgeführt hat, der Umstand unberücksichtigt, dass Claude Bernard sowohl wie Eckhard blos *vorübergehende* Vermehrung der Harnabsonderung erzielt haben. Dem Vortr. ist es gelungen an Thieren durch Anlegung von Herdläsionen in den fraglichen Hirntheilen dauernde Polyurie zu erzeugen.

Auf Grund seiner Experimente bespricht er die Localisationsfrage und gelangt bei Verwerthung der Befunde, welche ihm seine positiven und negativen Fälle ergeben haben, zu dem Schlusse, dass Läsionen des Kleinhirnwurmes, auch wenn sie den Lobulus hydruricus (Eckhardt) betreffen, und ausgedehnt sind, keine dauernde Polyurie herbeiführen. Ebenso wenig thun dies selbst grosse Herde, welche in den medianen Theilen des offenen Theiles des verlängerten Markes und der Region des Corpus trapezoides gelegen sind. Jedesmal aber sah der Vortr. dauernde Polyurie sich entwickeln, wenn die lateralen Theile dieser Gegend Sitz der Läsion waren. Das Verhältniss dieser experimentellen dauernden Polyurie spricht dafür, dass sie durch eine dauernde Erregung gewisser zur Harnsecretion in Beziehung stehender Nervenbahnen zu Stande komme, somit, wie die vorübergehende Polyurie, ein *Reizungsphänomen* sei. Die Folgerungen für die menschliche Pathologie ergeben sich ungezwungen, doch ist es dem Vortr. nicht gelungen die Localisation der dauernden Polyurie erschöpfend zu erledigen. O.

II. Psychiatrischer Verein zu St. Petersburg.

Sitzung am 20. März 1886.

209) **Rybalkin:** *Ueber das Unterkieferphänomen.*

Vortr. hat, durch die Anmerkung de Watteville's zum Artikel Beevor's (Brain, Jan. 1886) angeregt, bei 315 Personen das Hüpfen des Unterkiefers (jaw-jerk) untersucht und zwar genau nach der von W. vorgeschlagenen Methode. Es wird dabei an die Zähne des Unterkiefers ein Spatel leicht angedrückt und mit einem Percussionshammer ein Schlag in der Nähe der Zähne ausgeführt.

Das Unterkieferphänomen fehlte nur 6 Mal bei der Untersuchung von 69 Gesunden und 144 Reconvalescenten, bei den übrigen konnte es nicht nur durch Klopfen auf den Spatel, sondern auch durch einen einfachen Schlag auf das Kinn hervorgerufen werden; war das Unterkieferphänomen (U. Ph.) stark ausgeprägt, so konnte es auch durch Klopfen auf den Unterkieferast, ausnahmsweise auch vom M. masseter ausgelöst werden, ein Klonus konnte nicht producirt werden, Beklopfen einer Hautfalte in der Nähe des Unterkiefers und Percussion entfernterer Theile riefen den jaw-jerk nicht hervor trotz Anwendung der von Jendrassik empfohlenen Handgriffe.

Bei 9 von 56 Fiebernden im Alter von 14—36 Jahren fand sich Klonus (bei 5 Typhösen und 4 Phthisischen), bei 20 von ihnen war das Unterkieferphänomen erhöht, nur bei einer Typhösen war gleichzeitig mit dem Unterkieferklonus auch das Fussphänomen vorhanden. Von 45 untersuchten Nervenkranken zeigten 2 von 11 Hemiplegikern den Unterkieferklonus bei gleichzeitig vorhandener Contractur der gelähmten Glieder und Fussphänomen, 2 Mal (1 ohne Erhöhung der Sehnenreflexe) war das U. Ph. erhöht, 7 Mal und bei einer Epilepsia partialis war dasselbe unverändert. In einem Falle

von Sclerosis lateralis amyotrophica mit bulbären Erscheinungen war das U. Ph. erhöht, Klonus nicht vorhanden, bei einer 22 jährigen, an Sclerosis multiplex cerebrospinalis leidenden Kranken, konnte das U. Ph. gar nicht hervorgerufen werden, auch nicht nach Einspritzungen von $^1/_{20}$ Gran (0,003) Strychnin, in 2 Fällen von Meningitis cerebralis während der Besserung war das U. Ph. herabgesetzt, ebenso in einem Falle von beginnender allgemeiner Paralyse, bei 5, an verschiedenen Affectionen des Rückenmarks Leidenden war es nicht verändert, in einem schweren Falle einer Erb'schen Atrophia muscularis juvenilis mit abgeschwächten Kaumuskeln war das U. Ph. sehr schwach ausgeprägt und unbeständig nach Strychnininjectionen, in einem anderen, weniger ausgeprägten Falle derselben Affection war das U. Ph. erhöht. In 8 Fällen peripherischer Erkrankungen war es nicht verändert, bei 1 von 3 sensorischen Paraplegien fand sich Klonus der Kaumuskeln, bei 3 Neurasthenikern war das U. Ph. herabgesetzt. Bei 1 von 4 Tetaniae mit exquisiter Erhöhung der mechanischen Erregbarkeit der Gesichtsnerven und täglichen Anfällen fand sich Klonus, bei 2 anderen mit reflectorischer Tetanie (Tuberculose des Bauchfells, bei der Section nachgewiesen) behafteten Kranken trat Klonus nur unmittelbar nach den Anfällen auf und verschwand am folgenden Tage, beim 4. reconvalescirenden war das U. Ph. normal; mithin hing in diesen 4 Fällen von Tetanie das U. Ph. direct vom Zustande der neuromusculären Erregbarkeit ab. Bei 2 Epileptikern war das U. Ph. nicht verändert.

R. will die Natur des beschriebenen Symptoms jetzt noch nicht bestimmen, nennt es aber Phänomen (ähnlich wie das Knie- und Fussphänomen), hält es aber, entgegen der Ansicht Westphal's für einen periostalen Reflex; seine pathognomische Bedeutung kann nur durch weitere Untersuchungen festgestellt werden.

Beevor und de Watteville, Brain XXXII. pag. 516—19 sagten Folgendes über das jaw-jerk. Es kann leicht hervorgerufen werden, wenn man einen Finger auf die Zähne des Unterkiefers legt und diesen herabdrückt, wobei die Kaumuskeln in klonische Contractionen gerathen und der Unterkiefer zittert, so lange der Druck auf die Zähne anhält, dasselbe kann auch durch Percussion der Masseteren hervorgerufen werden, Schlag auf den Zygomaticus major bringt Erhebung des entsprechenden Mundwinkels hervor (Beevor). de Watteville benutzt zu diesem Zwecke einen Mundspatel oder ein Papiermesser, welche er über die Schneidezähne und die praemolares anlegt, die Amplitude der hierbei stattfindenden Muskelzuckungen kann durch den zwischen die Backenzähne der anderen Seite eingeführten Finger abgeschätzt werden. Ist das jaw-jerk erhöht, so kann es durch einen Schlag auf den heruntergedrückten Unterkiefer hervorgerufen werden.

de Watteville hat mit Dr. Waller das jaw-jerk myographisch gezeichnet und die Latenzperiode auf 0,2 Secunden bestimmt, was ihn zur Annahme führt, dass alle „Sehnenreflexe durch plötzliche Dehnung der resp. Muskeln entstehen.

(Schluss des Berichtes in nächster Nummer.)

Hinze (St. Petersburg).

III. Referate und Kritiken.

210) **Rieger** (Würzburg): Eine Methode zur Untersuchung der Willensthätigkeit. (Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachs. u. Epilept. I. Jahrg. Nro. 2.)

Der vorliegende Aufsatz ist ein Bruchstück aus des Verf.'s ausführlicherer Arbeit „Experimentelle Untersuchungen über die Willensthätigkeit" (Jena, 1885) und beschäftigt sich mit der Verwerthung einer objectiven Methode, um das Verhalten der Willenskraft zu prüfen. Von der richtigen Voraussetzung ausgehend, dass an die Muskelkraft gestellte Anforderungen von einiger Dauer den objectivsten Prüfstein für den Grad der Willenskraft abgeben, empfiehlt Verf. das zu prüfende Individuum etwa 2 Minute lang den unbeschwerten Arm horizontal ausgestreckt halten zu lassen, und zwar so, dass die dabei entstehenden Oscillationen auf einer rotirenden Trommel aufgezeichnet werden. Mittelst dieser Methode könne man in Bezug auf die Willensthätigkeit im Ganzen zweierlei Zustände eruiren. Individuen, welche den ersten derselben zeigten, seien als „haltungslose" zu bezeichnen, diejenigen von der zweiten Kategorie als „schwache." Bei den ersteren handle es sich nicht sowohl um die Einwirkung der Ermüdung als vielmehr um eine Haltungslosigkeit von vorneherein, wobei gleich abwechselnd verschiedene Muskelgruppen in Thätigkeit treten, und die rotirende Trommel bedeutende Zickzacklinien zeige, die sich durchschnittlich aber immer noch in der Höhe der Anfangshaltung des Armes hielten. Bei der letzteren fingen die Versuchspersonen zwar ruhig an, könnten aber bald vor Müdigkeit den Arm nicht mehr in der gleichen Höhe halten. Der Versuch müsse sehr häufig frühzeitig unterbrochen werden, weil die Hand unter die Trommel gesunken sei. Verf. glaubt, die Anwendung dieser graphischen Methode auch für die Prüfung der Willensthätigkeit schwachsinniger und idiotischer Kinder empfehlen zu dürfen. Eine Wiederholung derselben von Zeit zu Zeit gebe objecktive Vergleichsresultate für die Beurtheilung, ob die Willenskraft des betreffenden Kindes Fortschritte gemacht habe oder nicht. Man müsse indessen bedenken, dass, nach seinen bisherigen Erfahrungen, auch normal veranlagte Kinder vor dem 4. Lebensjahre noch nicht im Stande seien, den Arm von vorneherein ruhig ausgestreckt zu halten.

Reinhard (Hamburg).

---

211) **Marie** (Paris): Sur un cas de coxalgie hystérique de cause traumatique chez l'homme. (Fall von hysterischer Coxalgie aus traumatischer Ursache beim Manne.) (Le Progrès méd. Nro. 5, 8 und 9. 1886.)

Gelegentlich der Vorstellung eines kräftigen, in Folge einer schmerzhaften Hüftgelenksaffection seit 3 Jahren arbeitsunfähigen Mannes machte Charcot darauf aufmerksam, dass dieser Mann hysterisch sei und dass sein Gelenkleiden mit der Hysterie im engsten Zusammenhange stehe. Es handelt sich also hier um eine Aussicht auf Genesung gewährende Affection und nicht um eine schwere organische Gelenkerkrankung, die fast nothgedrungen Verkrüppelung zur

Folge hat. — Diese zum ersten Male im Jahre 1837 von Brodie als hysterische Gelenkaffection beschriebene Krankheit ist noch wenig bekannt und hat zuweilen zu groben diagnostischen Irrthümern geführt. Die hauptsächlichsten klinischen Merkmale sind folgende:

1) Das *untere Glied* der afficirten Seite scheint *verkürzt* in Folge der Muskelcontractur, die das Becken erhebt.

2) Der *Oberschenkel* befindet sich in seiner Beziehung zum Becken in einer absolut *fixen Stellung*, so dass jede ihn treffende Bewegung unmittelbar dem Becken mitgetheilt wird; auch hierbei ist die Muskelcontractur im Spiele. Während diese eben angeführten Symptome durchaus nicht der hysterischen Arthralgie allein eigen sind, sondern auch bei der organischen Coxalgie regelmässig vorkommen, ist das Studium der folgenden Kennzeichen viel wichtiger für die Unterscheidung der beiden Affectionen.

3) Der *Schmerz* zeichnet sich durch besondere Modalitäten aus. Wie bei der wirklichen Coxalgie occupirt er gleichzeitig die Hüfte und das Knie und erleidet Steigerung bei Beklopfen der Hüfte, des Knies und der Ferse, aber er ist nicht blos auf die Gelenke beschränkt, er dehnt sich über die dem Gelenke entsprechende Haut aus, zieht über das Poupart'sche Ligament und den unteren Theil des Abdomen hin und nimmt selbst die Hinterbacken ein. Es ist also ein mehr oberflächlicher Schmerz, der in der Haut seinen Sitz hat, so dass Kneifen derselben mitunter empfindlicher ist als ein in der Tiefe des Gelenks ausgeübter intensiver Druck. — In der Nacht werden die an organischer Coxalgie Erkrankten häufig durch schmerzhaftes Zittern (starting pains) erweckt; Leute mit hysterischer Coxalgie hingegen können wohl durch den Schmerz wach gehalten werden, aber — einmal eingeschlafen, werden sie durch Schmerz nicht mehr erweckt.

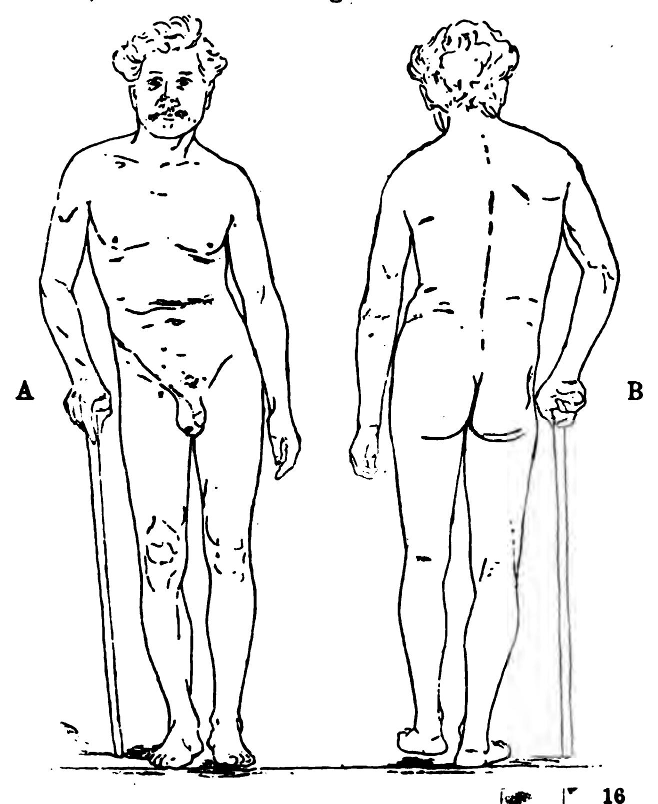
4) Die Art der *Entstehung und Entwicklung* kann noch wichtige Merkmale liefern. Bei Hysterischen kann die Affection plötzlich entstehen und in Folge eines psychischen Eindrucks verschwinden; oder das Individuum leidet an convulsivischen Attaquen und nach einer solchen entwickelt sich die Coxalgie u. s. w.

Brodie fügt schliesslich noch hinzu, dass an den afficirten Partien keine Temperaturerhöhungen und bei noch so lange bestehender Dauer des Leidens keine Atrophien vorkommen. (Den letzten Satz — bezüglich der Atrophien — kann Charcot nicht unterschreiben.) In den schweren Fällen trägt die Anwendung der Chloroformnarkose zur Entscheidung der Frage bei, ob das Gelenk Sitz materieller Veränderungen ist oder nicht.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen wendet sich C. wieder dem vorerwähnten Kranken zu. Derselbe ist 45 Jahre alt, Brettschneider, bei einer grossen Eisenbahngesellschaft thätig, Vater von 7 Kindern. Bezüglich seiner hereditären Verhältnisse und früheren Krankheiten ist nichts Bemerkenswerthes zu berichten. Er hat 7 Jahre als Zuave gedient, ist während dieser Zeit stets gesund gewesen, hat auch niemals an rheumatischen oder nervösen Anfällen gelitten. Am 13. Mai 1883 wurde er von einem besonderen Unfalle

heimgesucht. Die Zugstange einer unter dem Fussboden seines Arbeitsraumes in Thätigkeit befindlichen Dampfmaschine durchbrach plötzlich die Stelle, auf der er sich gerade befand und schleuderte ihn mehrere Meter in die Höhe. Er verlor dabei nicht die Besinnung, empfand aber sofort einen lebhaften Schmerz und eine Art Betäubung des linken Beines. Es war ihm noch möglich einige Schritte zu machen, doch musste er nach Hause transportirt werden, woselbst er 2 Monate das Bett hütete. In der ersten Zeit war das Bein angeschwollen. Nach Verlauf von 2 Monaten begann er, mit Krücken zu gehen, alsdann bediente er sich nur eines Stockes. Seit länger als einem Jahre befindet er sich in dem heute präsentirtem Zustande. Die Prüfung des Kranken in der horizontalen Lage ergiebt folgenden Status praesens:

Es existirt eine bemerkenswerthe Verkürzung der linken untern Extremität. Das Hüftgelenk ist immobil, der Oberschenkel wie festgelöthet am Becken in einer fast unveränderlichen Stellung. Patient klagt über spontane Schmerzen im Niveau der Schenkelbeuge, der Hüfte und des Beines. Bei Druck auf diese Gegenden wird der Schmerz gesteigert, desgleichen bei Percussion des Trochanter major oder der Ferse. Ueberdies ist die linke Extremität weniger voluminös als die rechte; die Differenz beträgt etwa 1 Ctm.



In aufrechter Stellung untersucht (siehe Figur 1 A) hält Pat. sich nach der gesunden Seite geneigt, seinen Stock mit der rechten Hand haltend, der linke Fuss berührt den Boden nicht oder nur leicht mit der Fussspitze. Das linke Bein ist in Extension und ein wenig vor dem rechten. Von hinten betrachtet (Fig. 1 B) fällt zuerst der Contrast zwischen den Hinterbacken auf, wie er wiederholt von Andern bei Coxitis beschrieben worden ist.

In Wirklichkeit hängt dieser Contrast zwischen den beiden Hinterbacken allein von der Stellung des Individuums ab. Wir können uns hiervon überzeugen, indem wir zur Seite des Pat. einen gesunden Modellsteher mit der Aufforderung placiren, die Stellung des Kranken nach Möglichkeit nachzumachen. Die Ergebnisse dieser vergleichenden Studie sind auf nachfolgender Figur deutlich zu erkennen. (Fig. 2) Bemerkt sei, dass die Glutaealfalte links höher und breiter ist als rechts. Die Interglutäalfalte ist von unten nach oben, von links nach rechts, von der kranken nach der gesunden Seite geneigt. Es existirt

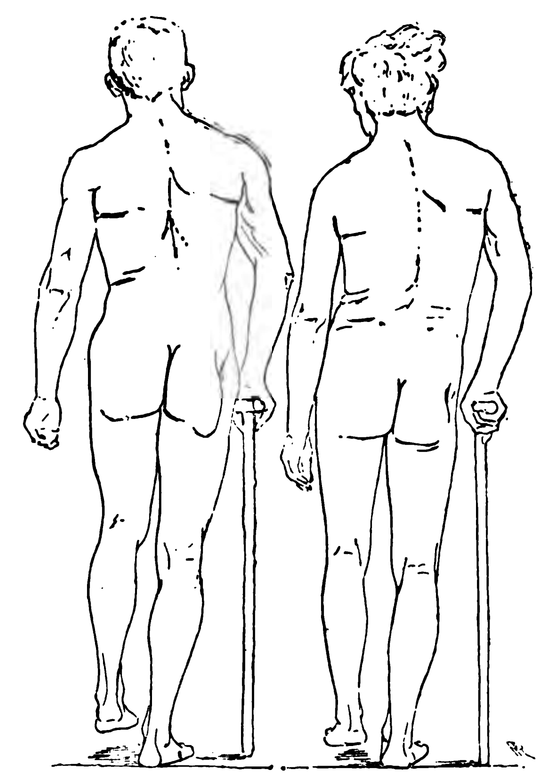


Fig. 2.

endlich eine ziemlich ausgeprägte Krümmung der Wirbelsäule, die ihre Concavität nach links wendet. Diese verschiedenen Deformitäten hängen allein von der abnormen Stellung ab, in der sich das Becken

befindet, vorzüglich von dessen Erhebung auf der kranken Seite. — Was den hinkenden Gang betrifft, so unterscheidet er sich in nichts von den Individuen, die seit lange an organischer Coxalgie leiden. —

Gegen eine tiefere, intensive Gelenkaffection lassen sich in diesem Falle berechtige Einwände machen. Zunächst spricht das gute Allgemeinbefinden des Pat. dagegen. Obgleich Jahre lang krank, ist er nicht abgemagert. Er hat niemals Fieber und stets guten Appetit gehabt. Ferner verdient hervorgehoben zu werden, dass die Rigidität nicht nur die Hüfte, sondern auch das Knie und selbst den Fuss einnimmt; Symptome, die nicht der vulgären Coxalgie angehören. Ebenso ist der Schmerz seiner Intensität und Extensität nach genau wie er von Brodie beschrieben worden ist. Schon die Erhebung einer Hautfalte in der Schenkelbeuge oder des Knies ruft einen unverhältnissmässig heftigen Schmerz hervor. Die Wahrnehmung, dass so geringe Reizungen der Haut beim Pat. wahres Angstgefühl, Röthung des Gesichtes, Anschwellung der Venen des Halses und der Schläfen verursachten, veranlasste zu der Frage, was Pat. in solchen Momenten empfinde. Es ergab sich aus seiner Schilderung, dass eine vulgäre Aura hysterica (epigastrische Constriction, Herzklopfen, Zusammenschnüren der Kehle, Pfeifen im linken Ohre) eintrete. Dieselben Er-

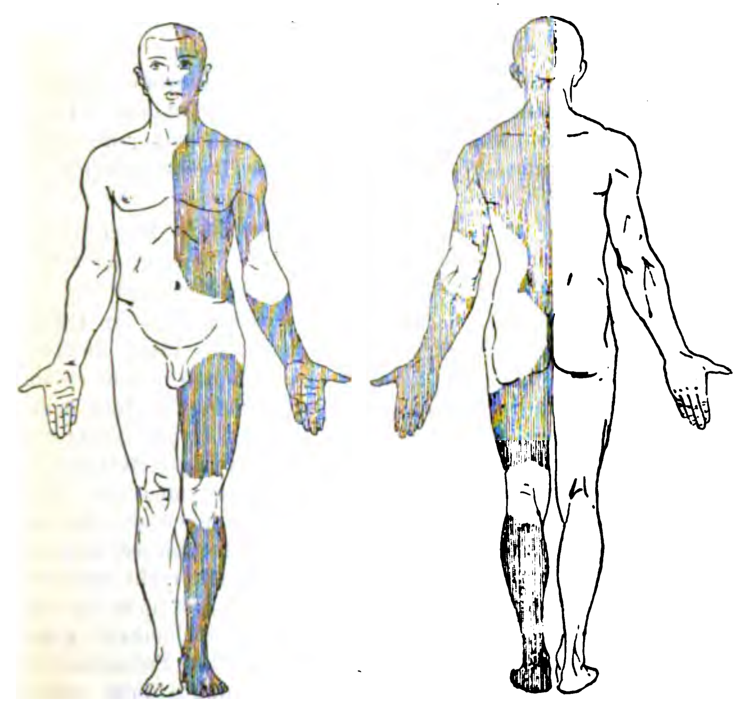


Fig. 3.

scheinungen werden durch Klopfen auf den Trochanter major, auf die Ferse und bei Berührung der Hüfte wahrgenommen. Es lassen sich

durch Reizung von wahrhaft hysterogenen Zonen die Phänomene der Aura erzeugen. Die Feststellung dieser Thatsache veranlasste zum Aufsuchen anderer hysterischer Erscheinungen und es stellte sich auch heraus, dass fast die ganze linke Körperhälfte mit Ausnahme einiger Zonen (Figur 3) für Stiche und Temperatur vollständig anästhetisch ist. Für die Bewegungen gewisser Gelenke (Füsse, Hände, Schultern) sind die Wahrnehmungen des Muskelsinns geschwunden, während sie für andere z. B. den Ellbogen erhalten sind. Die speciellen Sinne, Geschmack, Geruch, Gehör sind notorisch auf der linken Seite afficirt, woselbst auch das Gesichtsfeld eingeengt ist, während rechts nichts dergleichen existirt. Der Pharynx kann gekitzelt und gereizt werden, ohne dass die geringste Spur eines Reflexes hervorgerufen wird. —

Das vorher Gesagte berechtigt zu dem Schlusse, 1) dass unser Patient ein Hysteriker ist und 2) dass die Gelenkaffection, an welcher er leidet viele Symptome darbietet, die der hysterischen Coxalgie angehören und dass kein einziges Symptom nothgedrungen auf die Existenz einer tiefen Gelenkalteration hinweise. Die Abmagerung des Gliedes darf auf die lange Unthätigkeit desselben bezogen werden. — Der traumatische Ursprung widerspricht nicht der eben geäusserten Annahme, da bekanntlich (beim Manne wohl noch eher als beim Weibe) ein traumatischer Choc eine bis dahin latent gebliebene hysterische Disposition zu enthüllen vermag. —

So lange nicht die Untersuchung in der Chloroformnarkose vorgenommen ist, können allerdings noch Zweifel bestehen. Patient ist jedoch chloroformirt worden und es hat sich dabei herausgestellt, dass keine Spur irgend welcher organischen Gelenkaffection vorhanden sei. —

Es darf nicht übersehen werden, dass auch Mischformen vorkommen, dass hysterische Erscheinungen eine organische Läsion der Hüfte, die bis dahin unbemerkt geblieben, maskiren können. —

Von unserem Patienten lässt sich erwarten, dass er früher oder später genesen werde. Aber welche Mittel sind dabei anzuwenden? In der Absicht, die Therapie derartiger Affectionen besser zu studiren, hat C. versucht, die Symptome der hysterischen Coxalgie beim Menschen künstlich zu erzeugen. Dabei musste der Hypnotismus zu Hülfe kommen. — C. stellt bei dieser Gelegenheit zwei hysterische Frauen mit den ausgeprägtesten Symptomen des Hypnotismus vor. Dieselben zeigen im Zustande des Wachens alle Erscheinungen der hysterischen Coxalgie, Schmerz, Hinken u. s. w. Diese Affection ist ihnen künstlich, während des hypnotischen Zustandes, beigebracht worden. Bei der einen Frau gelangte man zum Resultate, indem man im somnambulen Zustande eine leichte Torsion des Oberschenkels gegen das Becken erzeugte. Alsbald klagte die Frau über Schmerzen an der Hüfte und im Knie. — Bei der anderen begnügte man sich damit, ihr, während sie in Hypnotismus versunken war, zu versichern, dass sie eben einen Anfall gehabt und auf die Hüfte gefallen sei. Auch hier wurde die beabsichtigte Wirkung erreicht. Obgleich nur von

einer Verletzung der Hüfte gesprochen worden war, klagte die Kranke gleichzeitig über Schmerzen in der Hüfte und im Knie und trotz der vorher bestandenen Anästhesie dieser Seite, ist die Haut im Niveau der Hüfte und des Knies jetzt sensibel geworden. — Beide Patienten wussten nach dem Wiedererwachen nichts von der künstlichen Intervention und lebten in dem Glauben, sich während eines *Anfalls* die Hüfte verletzt zu haben.

Es verlohnt bei dieser Gelegenheit, auch noch zweier Männer zu erwähnen, die kürzlich auf der Abtheilung vorgestellt wurden, weil sich bei ihnen in Folge einer Verletzung der Schulter eine hysterische Paralyse des entsprechenden Armes entwickelt hatte. Diese Affection konnte bei hypnotisirten Personen in jeder Beziehung reproducirt werden mittelst der Zuflüsterung (suggestion verbale) oder mehr noch durch eine leichte traumatische Action an der Schulter, so dass man hier von einer traumatischen Eingebung (suggestion traumatique) reden kann. Nach Charcot ist dieser hypnotische Zustand, durch den man derartige Effecte hervorbringen kann, mit dem sogenannten Nervenshoc der Engländer zu vergleichen, im Gegensatz zu dem traumatischen Choc, mit dem er sich oft combiniren kann.

Dieser Nervenchoc (Nervous shock) entsteht häufig bei heftiger Gemüthsbewegung, Furcht, Schreck, bei Unfällen, besonders bei Zusammenstoss von Eisenbahnzügen. Bei solcher Gelegenheit entwickelt sich oft ein eigenthümlicher Gemüthszustand, der in mancher Hinsicht mit dem Zustande des Hypnotismus Aehnlichkeit hat. Hier ist die psychische Spontanität, der Wille, das Urtheil mehr oder minder deprimirt und umnebelt, die Einbildung leicht; daher der geringste traumatische Einfluss auf ein Glied die Ursache einer Lähmung, Contractur oder Arthralgie werden kann. Aus diesem Grunde sieht man häufig nach Eisenbahnzusammenstössen Monoplegien, Hemiplegien und Paraplegien, die organische Erkrankungen vortäuschen, obgleich sie nichts anders als dynamische, psychische Paralysen sind, die der hysterischen Lähmung zum mindesten analog erscheinen.

Bei unserm Brettschneider hat die Hüfte zweifellos eine Erschütterung oder eine mehr oder minder ausgesprochene Contusion erlitten, aber diese locale Action hat nicht ernste organische Verletzungen verursacht und der Schmerz, den sie erzeugt, hat sie nur mit Rücksicht auf den durch den nervösen Choc erzeugten psychischen Zustand, unter der Form einer permanenten Arthralgie fixirt. Da es sich hier hauptsächlich um eine psychische Affection handelt, wird auch eine psychische Behandlung am Platze sein. Bekanntlich können derartige Leiden unter dem Einflusse einer heftigen Gemüthsbewegung oder einer religiösen Cermonie, die die Phantasie lebhaft berührte, heilen. Auch Scheinoperationen sind zuweilen von Erfolg gewesen. Zu einer hypnotischen Behandlung will unser Pat. sich durchaus nicht hergeben. —

Seit 12 Tagen wird er einfach mit Massage behandelt. Bisher ist damit noch kein definitives Resultat erreicht, aber die Coxalgie

mit Contractur ist bereits zum Theil in eine schlaffe hysterische Lähmung umgewandelt. Pat. fühlt nach jeder Sitzung eine Zunahme der Besserung. Man dürfte zu der Annahme berechtigt sein, dass die Massage in diesem Falle wie eine Art localer Hypnotismus wirke.

Rabow (Berlin).

---

212) **S. Talma** (Utrecht): Over tympanitis bij hysterische Vrouwen. (Hysterische Tympanitis.) (Weekblad van het nederlandsch Tijdschr. v. Genesk. 1886. Nro. 9.)

Verf. kommt auf Grund folgender Beobachtungen zu dem Resultat, dass die hysterische Tympanitis auf einem *Krampf des Zwerchfelles beruht.*

Eine 23jährige Hysterica mit Tympanitis zeigte costale Respiration. In der Chloroformnarcose wurde die Respiration abdominal, der vorher hoch aufgetriebene Bauch fiel zusammen. Als die Narcose wich, und der Bauch wieder zu schwellen begann, waren die ersten 4 oder 5 Inspirationen rein abdominal. Auf keine dieser Inspirationen folgte eine Exspiration. Der Bauch fiel dann nicht zusammen, wurde im Gegentheil fortgesetzt dicker, bis er den früheren Umfang erreicht hatte, den er vor Einleitung der Narcose zeigte. Dann blieb er bei der Respiration unbeweglich d. h. das Diaphragma erschlaffte nicht und die Respiration wurde plötzlich ausschliesslich costal. Ein ausgiebiger Gaswechsel war so nur bei aussergewöhnlich starker Bewegung der Brustwand möglich. Die Percussion ergab: bei dickem Bauche Tiefstand von Diaphragma und Lungen (Achsellinie beiderseits 10. Rippe) in der Narcose, also bei zusammengefallenem Bauche Höherstand (7. Rippe).

Das Experiment mit der Narcose wurde wiederholt gemacht, immer mit dem gleichen Erfolge.

Selbstverständlich besteht, wie kein Muskelkrampf, auch dieser Diaphragmakrampf nicht permanent, daher Einfallen des Bauches während des Schlafes, und zuweilen über Tag. Sobald eine manuelle Untersuchung des Abdomen vorgenommen wird, steigert sich der Krampf des Zwerchfells und damit der Umfang des Bauches.

Die Beobachtung wurde an einer zweiten Patientin bestätigt.

Eine dritte, Hysterica mit typischer Anaesthesie, in deren Gegenwart die angeführten Experimente angestellt und wiederholt besprochen wurden, zeigte nach einigen Tagen auch Tympanitis, welche dieselben Erscheinungen darbot und vom Verf. auch auf Zwerchfellkrampf zurückgeführt wird.

Erlenmeyer.

---

213) **W. R. Gowers** (London): On a case of miliary sclerosis of the brain. (Ein Fall von Milarsclerose des Gehirns.) (The Lancet. 23. Jan. 1886.)

Es handelt sich um einen Fall, der, ausgezeichnet durch zahlreiche hirsekorngrosse, fibröse, das Gehirn durchsetzende Gebilde, sonst aber der Herdsclerose desselben in allen Stücken gleichend, zu den grössten Seltenheiten gehören dürfte.

Nur eine von Dr. Greiff (Arch. f. Psych. Bd. XIV p. 287) beschriebene Beobachtung hat einige Aehnlichkeit damit, weicht jedoch darin ab, dass hier die centralen Ganglien nicht afficirt waren und dass mentale Alienation bestand, die dort fehlte.

Pauli (Köln).

---

214) **Thomas Buzzard** (London): On some forms of paralysis dependent upon peripheral neuritis. (Ueber einige Formen von Lähmung durch periphere Neuritis.) (The Lancet. 12. Dezember 1885.) (Schluss.)

Die durch Alcoholmissbrauch hervorgerufene multiple Neuritis zeichnet sich vor den anderen Formen dadurch aus, dass dort die Schmerzen immer, die Muskelatrophie häufig einen hohen Grad erreichen und das Kniephänomen meist fehlt. Nur selten ist dasselbe nicht allein vorhanden, sondern auch erhöht, was von der Einwirkung des Alcohols auf das Gehirn herrühren mag.

Das auch bei anderen Formen so häufige Fehlen dieses Zeichens erinnert, im Verein mit den die Extremitäten blitzartig durchzuckenden Schmerzen, an Tabes dorsalis, besonders wenn noch Ataxie besteht.

Derartige Fälle, welche jedenfalls dem Abusus spirituosorum ihre Entstehung verdanken und bei welchen die post mortem Untersuchung keine Läsion der Medulla, wohl aber Veränderungen degenerativer Natur in den peripheren Nerven nachgewiesen hat, beschreibt Déjerine und nennt diese Krankheitsform Neuro-tabes peripherica.

Obgleich man glauben sollte, dass sich der Effect des fraglichen ursächlichen Moments auf alle willkürlichen Muskeln erstrecken müsse, so ist dies doch nicht der Fall, da der Krankheitsprozess die unteren Extremitäten vorzugsweise zum Sitze wählt. Indess erscheint die Annahme berechtigt, dass diese Immunität keine so grosse ist, als gewöhnlich angenommen wird, und dass eine sorgfältige Untersuchung wohl in allen Fällen eine Mitleidenschaft der oberen Extremitäten constatiren dürfte.

Pauli (Köln).

---

215) **T. J. Lavers** (London): Paralysis agitans. (The Lancet. 16. Jan. 1886.)

Empfiehlt zu erfolgreicher Behandlung der Paral. ag.: Electricität, (constanten Strom,) Schwefelbäder, Hyosciamus in Verbindung mit Conium und Gelsemium. Während letztere beiden Droguen, wenn ein unangenehmes Symptom auftritt, sofort ausgesetzt werden sollen, soll dagegen Hyosciamus lange Zeit hindurch mit grossem Vortheil im Gebrauch bleiben. Endlich leisten unter Umständen Kalium jodatum und Eisen erspriessliche Dienste.

Pauli (Köln).

---

216) **W. Howship Dickinson** (London): On chorea, with reference to its supposed origin in embolism. (Chorea und Embolie.) (The Lancet. 2. Jan. 1886.)

Dem ursächlichen Zusammenhang zwischen Chorea und Embolie der Hirngefässe wird aus klinischen und statistischen Gründen entgegengetreten.

Pauli (Köln).

---

217) Sanitätsbericht über die deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich 1870/71. VII. Band. Erkrankungen des Nervensystems. (Fortsetzung.)

V. Capitel. *Wundstarrkrampf.*

Während in dem amerikanischen Sezessionskrieg 1 Tetanusfall auf 782 Verwundete, bei den Engländern im Krimkriege 1 auf 465, im spanisch-portugiesischen Kriege (1811—1814) 1 auf 803 kam entfielen im Kriege gegen Frankreich (1870/71) auf die 99566 Verwundeten der deutschen Heere 350 Fälle von Tetanus, das ist 0,35⁰/₀ oder 1 auf 285 Verwundete. Dieses Missverhältniss, zu Ungunsten des letzten Krieges, wird als ein scheinbares bezeichnet und nur durch die ungenügende Statistik der früheren Kriege begründet.

Aus den verschiedenen Abschnitten des Capitels „Wundstarrkrampf“, in dem im Ganzen 93 Fälle in Besprechung gezogen sind, hebe ich folgende Thesen heraus. 1. Die gesammten Tetanusfälle der deutschen Verwundete sind nach *Schussverletzungen* entstanden. Tetanus als Complication von Säbelhieben, Bajonet-, Degen- und Lanzenstichen, derentwillen 1796 Mann in Lazarethen Aufnahme fanden, von Quetschungen und Erschütterungen des Nervensystems aus mechanischen Insulten anderer Art wurde mit 2 Ausnahmen, von denen sich der eine nach dem Einstossen eines Holzsplitters in die Knöchelgegend des rechten Zeigefingers, der andere nach einer Schnittwunde am Finger ereignete, nicht beobachtet. 2. Die grössere Häufigkeit von Tetanusfällen resultirt nach schweren Verletzungen. 3. Von einem begünstigenden Einfluss von Hand- und Fingerverletzungen auf die Entstehung von Tetanus kann nicht die Rede sein. 4. Einen hervorragenden Antheil an dem Ausbruch des Tet. nehmen die Knochenschüsse ein. 5. Für die Hypothese, dass der Tet. eine Infectionskrankheit sei, mangelt jeder positive Anhalt. 6. Der Beginn des T. mit Trismus ist nicht die Regel.

Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen, die an 80 dem Wundtetanus erlegenen Soldaten angestellt wurden, haben ein einheitliches Ergebniss nicht zu Tage gefördert. Ueber Aetiologie und Therapie sind folgende Schlusssätze bemerkenswerth. 1. Begünstigend auf den Ausbruch des Tetanus wirkten vor Allem die in der Wunde zurückgebliebenen Fremdkörper: Kugeln, Knochenstücke, Kleiderfetzen, Steine, Verbandgegenstände. 2. Durch die mehr oder weniger leichte Retention dieser Fremdkörper war für die Häufigkeit des T. der anatomische Sitz der Verwundung entscheidend, insofern die Schussverletzung des Ober- und Unterschenkels den bei weitem überwiegenden Procentsatz der Erkrankungen ausmachten. 3. Ausser der mechanischen Schädigung der Wunden, deren Folgen auch in der häufigeren Erkrankung während der Transporte bemerklich war, wirkten chemische und thermische Einflüsse auf die Frequenz des T. begünstigend. 4. Der ad 1 angeführte Grund gebietet prophylactisch die Entfernung der Fremdkörper. Auch nach dem Eintritt des T. wurde wiederholt durch Wegnahme des Nervenreizes die Krankheit direct geheilt. Grössere

Operationen, welche den Zweck verfolgten, in der den Reiz leitenden Nervenbahn eine Unterbrechung herzustellen oder diese Bahn ganz auszuschalten, hatten sehr schlechte Resultate. Dies gilt auch für die Nervendehnung. 6. Ebenso sehr empfiehlt sich prophylactisch eine möglichst vollkommene Ruhigstellung des verletzten Gliedes und ein schonender Transport. Die Forderung, die von der Wunde selbst ausgehenden chemischen Schädlichkeiten für die Entstehung des T. auszuschliessen, macht eine milde reizlose Behandlung nothwendig. Die 1870 übliche Wundtherapie erfüllte diese Indication nicht. Grössere Hoffnungen darf man auf die aseptische Wundbehandlung setzen, da sie am zuverlässigsten die Zersetzungsprocesse in der Wunde hemmt. Zugleich wird durch dieselbe der aus einem häufigen Verbandswechsel resultirende, und für die Entwicklung des T. günstige, mechanische Reiz vermindert. 7. Wägt man die Zahl der behandelten Fälle und die Zahl der Heilungen bei demselben therapeutischen Verfahren gegen einander ab, so gebührt dem Chloralhydrat in grossen Dosen per os et per anum der Vorzug. Dasselbe verschaffte gleichzeitig die grösste Schmerzerleichterung und die beste Euthanasie. Das Chloroform erwies sich unentbehrlich um die locale Behandlung zu ermöglichen. Calabar und Curare waren nutzlos, die Opiate standen dem Chloral an Werth nach. Ausgezeichnete Erfolge hatte die Electricität, doch war die Zahl der Fälle zu klein, um ein definitives Urtheil über ihren Werth abzugeben.

Anhang. Idiopathischer (rheumatischer) Tetanus.

Es sind im Ganzen 16 Fälle in den militairärztlichen Berichten aufgeführt. Vier ausführlichere Krankengeschichten sind mitgetheilt. Dem Ausbruch des T. ging dreimal eine heftige Erkältung voraus, für den 4. Fall ist ein ätiol. Moment nicht angegeben. Bei dreien waren bis 14 Tage dauernde Prodrome vorhanden (ziehende Schmerzen im Gesicht, Kopf, Nacken und Epigastrium) bei einem war der Krankheitsbeginn ganz acut, er konnte plötzlich den Mund nicht öffnen. Aus dem klinischen Krankheitsbilde verdient das *Verhalten der Temperatur* Beachtung: meist keine Steigerung. Dabei handelt es sich aber keineswegs um Genesung, vielmehr starben 3 Patienten, ohne dass selbst kurze Zeit vor dem Tode eine Temperatursteigerung hätte nachgewiesen werden können. Zweimal ist ein Uebergreifen des T. auf die Extremitäten erwähnt; in dem einen dieser Fälle bestand ungewöhnlich gesteigerte Reflexerregbarkeit. Ausgang: Von sämmtlichen 16 Fällen wurden 11 geheilt, 5 starben. Als äusserst seltener Folgezustand ist in einem Falle eine langjährige Paraparese von Interesse. Sie entwickelte sich in der Reconvalescenz, sie verlor sich allmählich. Behandlung: Opiate erfolglos. Chloral in grossen Dosen sehr nutzbringend. 2 Kranke heilten ohne jede Therapie bei warmen Verhalten, warme Bäder ohne nachhaltigen Nutzen.

(Fortsetzung folgt.)

Erlenmeyer.

218) **Cappelli** und **Brugia**: Sulle variazioni locali del polso nel cervello e nell avambraccio dell' uomo per effetto di alvuni agenti terapeutici. (Ueber die localen Veränderungen des Pulses im Gehirn und Vorderarm des Menschen in Folge einiger therapeutischen Agentien.) (Separatabdruck einer vorläufigen Veröffentlichung aus Archiv. italiano per le mal. nerv. Fasc. I. 1886.)

Die Untersuchungen der Verf., welche eine genauere Erforschung des Einflusses verschiedener therapeutischer Agentien auf die Blutvertheilung im Gehirn zum Ziele hatten, wurden an 2 in Folge von Traumen mit Defecten im knöchernen Schädeldache behafteten Individuen ausgeführt.

Die Versuche schliessen sich an ähnliche von Mosso und Bergesio an, doch bedienten sich die Verf. einer vervollkommneten Methode, indem sie, um den Einfluss der den Gehirndruck von aussen her modificirenden Momente richtig beurtheilen zu können, zu gleicher Zeit mit der sphygmographischen Curve des elastischen Theiles der Schädelkapsel auch die plethysmographische des Unterarms und die kardiographische Curve aufzeichneten. Ueber die Ausführung der Versuche, zu denen die allgemein bekannten Apparate verwandt wurden, ist sonst nichts zu bemerken. Jedem einzelnen Versuche wurde die Aufnahme einer normalen Curve vorausgeschickt.

Von den bis jetzt auf diese Weise erzielten Resultaten ist folgendes hervorzuheben: Die Wirkung des *Amylnitrit* besteht, wie bekannt, wesentlich in einer bedeutenden Herabsetzung des Gefässtonus, am intensivsten ausgesprochen im Gehirn. Dieselbe macht sich hier durch eine starke Vorwölbung der nachgiebigen Narbe bemerkbar, welche zur Zeit der stärksten Anspannung nur schwach, beim Abfall allmählich stärker pulsirt. Aber auch die Pulscurve des Unterarms lässt in einer bedeutenden Erhöhung und grösseren Selbständigkeit der Rückstosselevation sowie überhaupt in einer beträchtlichen Gesammterhebung über die Grundlinie einen verminderten Tonus der peripherischen Arterien erkennen. Endlich ist auch die Herzaction herabgesetzt.

Bei der *Morphiumwirkung* (0,01 – 0,02 hypodermatisch) haben wir 3 Perioden zu unterscheiden:

1. Wenige Minuten nach der Injection andauernd giebt sich ein leichter Grad von Gefässcontraction im Gehirn und Vorderarm zu erkennen (Niedrigerwerden der Curven im ganzen sowie der einzelnen Pulsationen, Höherwerden der Elasticitätsschwankungen.)

2. Anfang der Narkose: Zunehmende Verminderung des Gefässtonus, in Folge davon Zunehmen des Volumens des Gehirns und Vorderarms unter den vorhergenannten Erscheinungen.

3. Im Verlaufe des Schlafes allmähliche Wiederherstellung des normalen Tonus.

Die Wirkung des *Hyosciamin* kommt der des Morphium sehr nahe, doch haben wir hier eine mit der Verminderung des Gefässtonus einhergehende starke Depression der Energie des Herzens neben gesteigerter Pulsfrequenz.

Die Wirkung des *Chloral* macht sich von vorn herein durch eine

Gefässparese geltend, welche indess in der Peripherie früher eintritt als im Gehirn. Dem entsprechend haben wir anfangs ein vermehrtes Volumen des Unterarms bei vermindertem des Gehirns, später auch Volumszunahme des letzteren.

Nach Einverleibung von *Paraldehyd* (3,0 in indifferentem Vehikel) erfährt die Herzaction eine parallel mit der hypnotisirenden Wirkung allmählich zu- und wieder abnehmende Herabsetzung, welche indessen bei Fehlschlagen der Wirkung ausbleibt.

Im Unterarm macht sich, nachdem anfangs das Volumen, wohl in Folge des verminderten Blutdruckes etwas gesunken war, eine zunehmende Angioparese in steigendem Volumen und Abrundung der Pulscurven geltend. Dieselbe ist aber zum Theil schon vom normalen Schlafe abhängig, da sie bei Unwirksamkeit des Mittels vermisst wird.

Die Wirkung auf das Gehirnvolumen besteht in einer kaum merklichen Herabsetzung, welche wohl lediglich auf den verminderten arteriellen Druck zu beziehen ist.

Das Mittel würde demgemäss dem durch übermässige Gefässerschlaffung zuweilen gefährlichen Chloral entschieden vorzuziehen sein, doch wird abgesehen von der nicht so sicheren Wirkung, Herzschwäche als Contraindication für dasselbe gelten müssen.

Das *kalte Bad* bewirkt, wie bekannt, Contraction der Gefässe der Peripherie, und dem entsprechend Volumverminderung des Unterarmes. Das Gehirnvolumen erleidet gleichzeitig eine progressive Vermehrung, die Pulsationen sind dabei anfangs unter, später über der Norm. Die Pulsfrequenz ist anfangs vermehrt, später leicht vermindert.

Die Wirkung des *heissen Bades* (40^0 C.) zeigte sich von Anfang an in einer deutlichen Hirnanämie unter gleichzeitiger Volumszunahme des Unterarms bei abnehmendem Gefässtonus der Arterien, im Gegensatz zu Mosso und Bergesio, welche mehr aus theoretischen Gründen eine anfängliche Hirncongestion angenommen hatten.

Die Veröffentlichung der zugehörigen Curven sowie weiterer Versuchsreihen wird in Aussicht gestellt.

Nagel (Halle a. S.).

---

219) **Boronow** (Königshütte Oberschlesien): Selbstverstümmelung eines Irren. (Bresl. ärztl. Zeitschr. 1886. 4.)

In der Sitzung des Vereins der Aerzte des oberschlesischen Industriebezirks am 21. Novbr. 1885, theilte Vortr. folgenden Fall mit. Ein vagabundirender Fleischer kam wegen plötzlich ausgebrochener Tobsucht mit allen Zeichen einer religiösen Manie ins städtische Krankenhaus. Am andern Morgen wurde er in seiner Zelle, *einen Hoden in der Hand haltend*, in seinem Blute förmlich schwimmend gefunden. Er hatte, wie er sofort gestand, die Kastration an sich vollzogen, indem er mittelst seiner Fingernägel den Hodensack geöffnet und den herausgedrückten Hoden mit der vollen Hand von hinten her fassend mit Gewalt herausgerissen habe. An der Richtigkeit dieser Aussage konnte kein Zweifel bestehen, das Aussehen

der Wunde sprach für die angegebene Art der Verletzung. Verband, Zwangsjacke. Pat. erklärt, er würde sich auch den andern Hoden herausreissen, wenn ihn derselbe ärgern würde.

Nach drei Tagen war sein Geisteszustand wieder ein normaler; *die Erinnerung an die Selbstverstümmelung hatte er verloren.* Die Wunde war erst nach 5 Monaten geheilt. Das Corpus delicti wurde der Versammlung demonstrirt. E. —

---

220) **H. C. Wood**: Monomania. (Eine klinische Vorlesung.)
(The Therapeutic. Gazette, Detroit 15. Januar 1886.)

Nach W.'s Meinung ist die von Spitzka gegebene Definition der Monomanie nicht erschöpfend genug, da zu ihr nicht nur die Fälle mit Ergiffensein der intellectuellen Gebiete gehören, sondern diejenigen, in welchen die ebenfalls vom Hirn abhängigen Functionen gewisser intensiven Affecte und Leidenschaften anormale sind — Fälle also, in denen z. B. Habsucht, Neid, Eitelkeit, Eifersucht so intensiv geworden sind, dass sie das ganze Individuum beherrschen, also nicht mehr unter Controle des Verstandes stehen.

Es ist natürlich, dass die Diagnose solcher Fälle recht oft ihre grossen Schwierigkeiten hat; am leichtesten wird sie da, wo schon in der Jugend der Betreffende Zeichen von hochgradigem Ehrgeiz, Egoismus, starker Eitelkeit u. s. w. bemerkt wurde. Verf. unterscheidet 2 Klassen der Monomanen, je nachdem ein Exaltations- oder Depressionszustand vorwiegt. In den meisten solcher Fälle, deren verschiedene vorgeführt werden, bestehen Sinnestäuschungen systematisirter Art d. h. der Kranke glaubt an sie, vertheidigt sie und handelt unter ihrem Einflusse; er wird dadurch unter Umständen äusserst gefährlich.

Die Prognose der Monomanie nennt W. äusserst ungünstig, weil sie so oft aus falscher Bildung gewisser Hirnpartien hervorgehe. Schliesslich macht er darauf aufmerksam, dass zwischen Monomanie und grosser Einbildungskraft wie sie z. B. das Genie habe, eine gewisse Verwandtschaft bestehe, wofür John Bunyan und Victor Hugo als Beispiele angeführt werden. Voigt (Oeynhausen).

---

221) **v. Krafft-Ebing:** Raubmord. Simulation von Geistesstörung. Gerichtsärztliches Gutachten. (Eulenberg's Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. u. s. w. N. F. 44. B. 1. Heft 1886.)

Spec. f. Am 20. Februar 1885 wird die Bäuerin Cl. R., in einem einzeln gelegenen Hause wohnhaft, Abends gegen 9 Uhr, ermordet, und ihr Pflegesohn Aloys tödtlich verwundet. Die herbeigeholten Nachbarn finden sie im Vorderraum in einer grossen Blutlache im Sterben, neben ihr einen Strassenstein und eine mit Blut besudelte Hacke. In einer Werkstatt in einem Bette findet man einen bis auf's Hemd entkleideten Menschen, der anscheinend aus tiefem Schlafe erwacht, wiewohl seine Lagerstätte nur 8 Schritt von der Hausthür entfernt lag. Der aus zahlreichen Kopfwunden blutende, sechsjährige Aloys erklärt diesen Menschen für den Mörder. Die Section der Leiche der

Cl. R. ergiebt 9 Weichtheilwunden des Kopfes und Zersplitterung des Hinterkopf- rechten Scheidel- und Schläfenbeins mit Austritt von Hirnmasse. Der 30 jährige E. O. ist ledig, katholisch, aus Südtyrol, hat von früher Jugend an Hang zu Schlechtigkeiten gezeigt und ist fünfmal wegen Diebstahls bestraft. Während der letzten 2 jährigen Strafe erkrankte er in Gradiska an Endokarditis. Hereditär ist er nicht belastet, soll sich auch selbst nie geistig abnorm gezeigt haben. Auf der Rückreise von Wien, wo er dem Kaiser ein Bittgesuch eingereicht, hat er schon am 18. die Gastfreundschaft der Frau R. genossen, am 20. Abend sei er wegen Krankheit zu ihr zurückgekehrt und habe während des Mordes geschlafen. An Rock und Händen hatte er schon beim Ergreifen Blutspuren. Seine Reisedokumente, die er verloren haben will, finden sich später zerrissen in einer offenen Truhe des R.'schen Hauses. Als man ihm am 26. 2. erklärt, dass man ihn für den Mörder halte, ruft er: Ihr werdet mich nicht lebendig haben und wirft sich zu Boden. Von da ab geberdet er sich närrisch, spricht nicht, verzehrt aus dem Hemd oder Strohsack gezupfte Fäden, verrichtet seinen Stuhl in die Mütze, beschmutzt sich damit, beschmiert sein Brod damit und isst dasselbe, zeigt sich überhaupt sehr gefrässig. Am 17. 3. Selbstmordversuch durch Anrennen des Kopfes an die Wand, dann durch Hunger, den er nach zwei Tagen aufgiebt. Nachts schläft er gut. Am 17. 3. wird er dem Landesgericht Graz überwiesen. Er bleibt stumm, zeigt blöde, starre Miene, wird durch Beobachtung sichtlich erregt. Er verzehrt Staub und Schmutz und urinirt, auf dies Symptom hingewiesen, auf den Boden. Sein Gang ist schlotternd. Vom 24. 3. ab auf schmale Kost gesetzt, giebt er am 27. Abends die Simulation auf und über Alles Auskunft. Von einer Kopfverletzung, die er als 11 jähriger Knabe erlitten, habe er später keine Folgen verspürt. Bis auf Gelenkrheumatismus und Herzentzündung sei er stets gesund gewesen, habe leicht gelernt, sei nicht Potator, nicht epileptisch, vertrage Sommerhitze gut. Er zeigt gute Intelligenz, sein Schädel ist regelmässig; Explorat ist kräftig gebaut, in der Ernährung reducirt; Klappenfehler mit linkseitiger Hypertrophie.

Gutachten. 1. Der Geisteszustand vom 26. 2. ab erinnert am meisten an Blödsinn. Weder von angeborenem noch von erworbenem Blödsinn kann bei O. die Rede sein, da die erfahrungsmässigen Ursachen nicht vorliegen. O bot nur ein Zerrbild wirklicher Krankheitsbilder und fiel namentlich mit den Selbstmordversuchen aus der Rolle. O. hat demnach vom 26. 2. bis zum 25. 3. simulirt.

2. Simulation schliesst geistige, gleichzeitige Störung nicht aus. Hiervon ist von O. Nichts zu eruiren.

3. O. hat während der That nicht geschlafen, sondern dieselbe verübt. Dass er sie nicht in einem Zustande von Mania transitoria, oder epileptischer Sinnesverwirrung verübt hat, beweisen die Akten. O. wurde am 9. 5. zum Tode verurtheilt und am 14. 7. hingerichtet.

Landsberg (Ostrowo).

222) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Ein Fall von originärer Paranoia vor Gericht. (Betrug, Hysterismus. Konträre Sexual-Empfindung. Hypnotismus. Gerichtsärztl. Gutachten.) (Friedr. Bl. f. gerichtl. Med. u. s. w. 37. Jahrg. 1. Heft Jan. u. Febr.)

Acten. Die 26 jährige ledige Dienstmagd C. R., Winzerstochter, katholisch, wird durch Beschluss von 16. 3. 1885 wegen Betruges an der Magd J. K. strafgerichtlich verfolgt. Die Akten enthalten ferner die romanhafte Biographie der C. R., aus welcher ihre angeblich vornehme Abkunft, sowie Nachstellungen, denen sie beständig ausgesetzt war, und welche einmal zu einem Dolchattentat, ein anderes Mal zu ihrer Einsperrung führten, erhellen. Sie liebt es, männliche Kleidung zu tragen, fasste auch eine innige Zuneigung zu einem jungen Mädchen. Persönliche Exploration vom 29. 7. bis 3. 8. C. R. tritt bescheiden, aber mit Würde auf, macht durch Züge und Körperbau den Eindruck einer Person aus höherem Stande. Schädelbildung regelmässig, Degenerationszeichen nicht vorhanden. Ausdruck des Auges nervös, schwimmend. Sie macht den Eindruck einer wahrheitsliebenden Person, ist seit dem 15. Jahre menstruirt, hatte nie Neigung zu Personen des anderen Geschlechts, dagegen zu solchen ihres eigenen. Sie erzählt nun ihre wunderbaren Erlebnisse, sowie dass sie Anfälle von Starrkrampf hatte. In dem Kerker in Ungarn hörte sie über sich Wasser rauschen und wurde von Skorpionen und Ratten gestochen und gebissen. Sie glaubt nicht mehr an ihre hohe Abkunft und bildet sich ein, gefoppt worden zu sein. Die körperliche Untersuchung ergiebt zeitweise auftretenden Stirnkopfschmerz, linkseitige Druckempfindlichkeit einiger Interkostalnerven und Empfindlichkeit einiger Brustwirbeldornfortsätze.

Gutachten. Die Angelegenheit der Explorata lässt sich dreifach beurtheilen: 1. Sie hat Alles wirklich erlebt; das ist aus Gründen des gesunden Menschenverstandes nicht möglich. 2. Sie hat ihren Lebensroman zusammengeschwindelt. Dies bleibe vorläufig dahingestellt. 3. Sie hat denselben delirirt. Dies ist die für den Psychiater einzig mögliche Annahme. Demselben ist das Krankheitsbild der sogenannten Paranoia oder primären Verrücktheit wohl bekannt, dessen Kern Wahnideen der Verfolgung und der Grösse in oft romanhafter Verquickung bilden. Dieselben werden durch Sinnestäuschungen bedingt, führen falsche Beziehungen zur Aussenwelt und verkehrte Handlungen, lassen aber die Intelligenz leidlich intact. Bei einer bestimmten Gruppe dieser Kranken stellt die Krankengeschichte einen förmlichen Roman dar, welcher gewöhnlich in der Pupertätszeit beginnt und sich das ganze Leben hindurch mit oft jahrelangen Stillständen und selbst lichten Zwischenräumen fortspinnt. Nervöse Belastung ist immer vorhanden; oft geht Hysterie, oder Hyochondrie der Psychose voran, oder begleitet sie. Die Lebensgeschichte der Exploratin ist typisch. Sie ist neuropatisch mit Verkehrung der Geschlechtsempfindung behaftet, leidet an Neuralgien, Spinalirritationen, starrkrampfartigen Anfällen mit visionären und deliranten Zuständen. Aus diesen bauen sich ihre Verfolgungs- und Grössenwahnvorstellungen auf und

werden zu einem mährchenhaften Ganzen verarbeitet. Sie leidet ungefähr seit 1876 an Paranoia (Wahnsinn.) Die inkriminirten Handlungen waren Folgen ihres Wahns. Wegen ihrer Gemeingefährlichkeit bedarf die R. einer längeren sachverständigen Beobachtung. Sie wurde ausser Verfolgung gesetzt. Epikritisch konstatirt Verfasser ihre leichte Hypnotisirbarkeit.

Landsberg (Ostrowo).

IV. Aus den Vereinen.

I. Pathological Society of London.

Sitzung am 19. Januar 1886. (The British Medic. Journ. 23. Januar 1886.)

223) **H. Ashby** berichtet über einen Fall *von diffuser Sclerose des Gehirns eines Kindes.*

Dasselbe litt wenige Tage nach der Geburt an Krämpfen, meist rechtsseitig. Im 8. Monat zeigte sich Nystagmus und zeitweise Steifigkeit der Extremitäten, die in den nächsten Monaten an Intensität zunahm; daneben bestand Taubheit und Blindheit, sowie Pupillendifferenz. Tod im 22. Monat. Die Section ergab: subdurale Flüssigkeitsansammlung, Verdickung der Arachnoidea, Sclerose des Grosshirns (Kleinhirn intact), Verwischtsein der Hirnwindungen, granuläres Aussehen der Stirnlappen, deren graue und weisse Substanz kaum von einander zu unterscheiden war, Dilatation der Seitenventrikel, Verdickung der kleinsten Blutgefässe in der grauen Substanz, fast völliges Verschwundensein der cellul. caudat, grobe fast fibrillenartige Beschaffenheit der Neuroglia, absteigende Degeneration. — Es hat sich wahrscheinlich um eine fötale chronische Meningo-Encephalitis gehandelt. Barlow sagt, dass er einen sehr ähnlichen Befund an einem Microcephalen gefunden habe, White, dass derselbe fast genau zusammenfalle mit Anzeigen der allgemeinen progressiven Paralyse.

Voigt (Oeynhausen).

II. Clinical Society of London.

Sitzung am 22. Januar 1886. (The British Medic. Journ. 30 Januar 1886.

224) **Barker:** A case of ununited fracture of the clavicle causing pressure on the brachial plexus and writers cramp, for which excision of the false joint, with wiring of the fragments, was done; perfect union of the bone and complete relief of the nerve-symptoms supervening. (Ein Fall von unvereinigt bleibender Clavicular-Fraktur, die Druck auf den plexus brachialis und Schreibekrampf) verursachte, weshalb die Excision des falschen Gelenks, mit nachfolgender Drahtvereinigung der Fragemete gemacht wurde; vollständige Vereinigung derselben und Verschwinden der hinzutretenden Nervensymptomen.

Ein Knabe, der an einer wahrscheinlich intrauterin entstandener Fractura clavicul. dextr. mitnachfolgender Bildung eines falschen Gelenkes litt, fing im 3. Lebensjahre an über Schmerzen und Schwere in dem rechten Arme zu klagen. Im 12. Jahre wurden beim Schreiben die

Finger steif und krampfartig zusammengezogen, so dass er sie kaum öffnen konnte. Druckempfindlichkeit der grossen Nervenstämme des Armes. Keine sensible Störungen. Atrophie des thenar dextr. und anscheinend auch verschiedener Armmuskeln, trophische Störungen der Haut, Erloschensein der farad. Contractilität in den 1. rechten musc. inteross. Vollständige Heilung nach der Operation.

Voigt (Oeynhausen).

V. Tagesgeschichte.

Erste internationale Ausstellung für Criminal-Anthropologie. (Arch. di psichiatria VII. B. 1. H.)

Es liegt hier ein ausführlicher Bericht über die am 16. November 1885 in Rom eröffnete internationale Ausstellung für Criminalpsychologie vor, welche, besonders wenn man die Umstände bedenkt, die das Zustandekommen dieses Unternehmens wesentlich erschwerten, äusserst zufriedenstellend ausgefallen ist. Es waren unter Andrem ausgestellt an 300 Schädel, mehr als 60 Gehirne, circa 500 Photographieen und mehr als 2300 Tätowirungen von Verbrechern; auch instructive graphische Darstellungen (z. B. über die Beziehungen der Temperatur und der Kornpreise zu den Verbrechen in Italien), zahlreiche einschlägige Werke, mikroskopische Gehirnpräparate (Giacomini) waren zu sehen. Hingegen musste leider das fast vollständige Mangeln anthropometrischer Apparate constatirt werden; bloss Rieger (Würzburg) hatte ein Craniometer ausgestellt. — Die Betheiligung der Ausländer war keine sehr lebhafte, es wären zu erwähnen: Lenhossek mit 12 und Flesch mit 5 Verbrecherschädeln, Koukavichnikoff mit Verbrecherphotographien, Lacassagne mit Tätowirungen und 20 Karten zur Criminalstatistik von Frankreich u. A.

Obersteiner (Wien).

VI. Personalien.

Offene Stellen. 1) Sorau, Assistenzarzt, 2000 M., freie Wohnung, Heizung etc. 2) Allenberg (Ostpreussen), III. Arzt (Assistenzarzt), sofort, 1200 M. und freie Station. 3) Hildesheim, Assistenzarzt, 900 M. und fr. Stat. I. Cl. 4) Königslutter, 3. Assistenzarzt, 1000 M. und freie Station. 5) Bunzlau, III. Arzt, 15. Mai, 1500 M. und freie Station. 6) Klingenmünster, II. Assistenzarzt, sofort, 1200 M. und freie Station. 7) Bernburg, Assistenzarzt 1500 M. und freie Station. Persönliche Vorstellung nöthig. 8) Dalldorf, Volontairarzt, sofort, 600 M. und freie Station. 9) Brieg (Schlesien), II. Arzt, 1. Mai, 1800 M. und freie Wohnung etc. 10) Rybnik, Assistenzarzt, sofort, 1500 M. und freie Station. 11) Uckermünde (Pom.), II. Arzt, sogleich, 2700 M. und freie Familienwohnung etc.

Ernannt. Bunzlau: II. Arzt. Herr Dr. Peterssen-Borstel. Halle-Nietleben: II. Arzt, Herr Dr. Karl Rank, zuletzt Arzt am Asyl Bellevue bei Constanz.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12)

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

9. Jahrg. 1. Mai 1886. Nro. 9.

Inhalt.



I. Originalien.

Neuropathologische Mittheilungen.

Von Prof. M. BERNHARDT.

(Nach einem in der Berl. Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten am 8. März 1886 gehaltenen Vortrage.)

I. Isolirte peripherische Lähmung des n. suprascapularis sinister.

Der einige dreissig Jahre alte Packmeister J. D. war von 1872 bis 1877 in einem grossen Manufakturwaarengeschäft thätig gewesen und hatte häufig schwere Lasten mehrere Treppen hinauf zu schaffen. Die Packete wurden dabei von ihm vorwiegend auf den hinteren Partien der linken Schulter getragen. Im Jahre 1877 stellten sich reissende Schmerzen in dieser linken Schulter ein; Pat. gab seine Beschäftigung auf, liess sich wohl auch ab und zu elektrisch behandeln, nie aber andauernd. Als er sich mir Ausgangs des vergangenen Jahres zum ersten Male vorstellte, klagte er wieder über Reissen in den hinteren Partien der linken Schulter und über eine gewisse Schwäche des ganzen linken Arms.

Beim Anblick von vorn konnte an dem sonst durchaus gesunden, kräftig gebauten Manne abgesehen von einem sehr geringen Tieferstehen der linken Schulter nichts Abnormes wahrgenommen werden. Sämmtliche Muskeln der linken oberen Extremität vom m. deltoideus ab bis zu den kleinen Fingermuskeln waren gut entwickelt und functionirten in normaler Weise und kräftig. Bei der Besichtigung der Rückseite des Kranken erblickte man das linke Schulterblatt etwas tiefer stehend, als das rechte: der Abstand seines inneren Randes von den proc. spin. der Rückenwirbelsäule war 1—2 Ctm. grösser, als rechts. Dabei war aber in der Aktion des Hebens und Senkens und des Aneinanderbringens der Schulterblätter kein Unterschied für rechts oder links nachweisbar: beiderseits wurden diese Bewegungen prompt und kräftig ausgeführt. Ungemein deutlich sah man beim ersten Blick *die Abflachung und Einsenkung der linken Fossa infraspinata*, deutlicher jedenfalls als dies für die Obergrätengrube der Fall war, obgleich auch hier eine ausgesprochene Vertiefung mit der gut entwickelten Wölbung rechts auffällig contrastirte. In dicken Wülsten traten die hintersten Abschnitte des linken m. delt. und der m. teres minor hervor: diese Muskeln und Muskelabschnitte waren es auch, welche dem Pat. eine durchaus kräftige Drehung des ganzen linken Arms nach aussen möglich machten. Wie schon gesagt, waren auch alle übrigen Armbewegungen frei: die linke obere Extremität konnte gut nach allen Richtungen hin bis zur Vertikalen erhoben werden; die vom Kranken angegebene „Schwäche“ bestand, wie er auf genaues Befragen mittheilte, nur darin, dass, während er mit dem rechten Arm 50 Pfund sehr oft ohne Ermüdung heben konnte, dies links nur etwa 10 mal ohne Beschwerden ausführbar war. Abgesehen von den schon erwähnten subjectiven, sich bei Anstrengungen in Schmerzen kundgebenden Sensibilitätsstörungen wurden solche etwa objectiv nachweisbare vermisst.

Der gänzlich atrophische m. infraspin. konnte links, im deutlichsten Gegensatz zu rechts, in keiner Weise weder direkt noch indirekt (mit beiden Stromesarten) erregt werden. Sehr schön liess sich dies demonstriren, wenn man den n. suprascapularis vom Erb'schen Punkte aus zu reizen versuchte: während dabei die auf die rechte Untergrätengrube aufgelegte Hand deutlich die vibrirenden Contraktionen des sich zusammenzieh nden m. infraspinatus fühlte, blieb links alles ruhig, während siche auch dort der M. delt., biceps., brach. int. und Sup. long. in charakteristischer Weise contrahirten.

Nach diesem Befunde war es wohl ausser Zweifel gestellt, dass man es mit einer *nur auf das Gebiet des linken n. suprascapularis beschränkten Lähmung* und Atrophie zu thun hatte. Isolirte Lähmungen dieses Nerven sind nach den Aussprüchen sämmtlicher Schriftsteller, die hierhergehörige Beobachtungen gemacht haben, äusserst selten (vgl. z. B. Seeligmüller in Eulenburg's Real-Encyclopaedie, Bd. I. S. 666. 1885), während andererseits die m. m. supra- und infraspinati im Beginn einer vom Schultergürtel ausgehenden progressiven Muskelatrophie oder mit anderen Muskeln gemeinsam bei der sogenannten Duchenne-Erb'schen Lähmung Erwachsener[1]) oder den „Entbindungslähmungen“ Neugeborener öfter bezw. ausnahmslos mitbetroffen werden. Der Intaktheit des n. axillaris und damit sämmtlicher Abschnitte des m. deltoideus und des m. teres minor verdankt es der Kranke auch, dass die Auswärtsrollung seines Arms fast ungehindert zu Stande kam, und die fehlerhafte Arm- und Handstellung, wie sie sich bei *Kindern* nach Entbindungslähmungen zeigt, hier *fehlt*. Den einwärtsrollenden m. m. pectoralis maior, teres maior und m. subscapularis wird eben hier durch die hypertrophirten m. m. teres minor und die hinteren Deltaportionen das Gleichgewicht gehalten.

Da Patient Rechtshänder ist, so ist über die Behinderung seiner Armbewegungen, wie sie Duchenne bei rechtsseitig auftretenden Lähmungen der Auswärtsroller des Arms beschrieben hat (beim Schreiben, Zeichnen, Nähen) in diesem Falle linksseitiger Lähmung nichts auszusagen. Die Schwäche des linken Arms und seine leichtere Ermüdbarkeit lässt sich zum Theil auch auf das Fehlen des „aktiven Ligaments“, wie Duchenne den m. supraspinatus nennt, zurückführen: eine Hauptfunktion dieses Muskels besteht eben nach D. darin, den Oberarmkopf fest an die cavitas glenoidea angepresst zu halten.

Interessant erscheint mir schliesslich noch die Pathogenese unserer Lähmung: wie Wiesner[2]) wohl zuerst für die isolirten peripherischen Serratuslähmungen gezeigt hat, dass durch Druck auf den n. thorac. longus (Balkentragen bei Zimmerleuten, Tragen von Fleischermulden bei Schlächtern[3]) eine Lähmung zu Stande kommt, so wurde auch hier durch das Jahre hindurch ausgeführte Tragen schwerer Packete auf der hinteren Partie der linken Schulter ein schliesslich zu

[1]) Bernhardt: Zeitschr. f. klin. Med. IV. 3. 1882.

[2]) Wiesner: Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. V. S. 95.

[3]) Bernhardt: Ebenda. Bd. XXIV. S. 383.

gänzlicher Atrophie und Lähmung der von ihm versorgten Muskeln führender Druck auf den n. suprascapularis ausgeübt, während ein gewisser Faserantheil des Trapezmuskels nur in geringerem Masse gelitten hatte.

Das Leiden hat schon zu lange bestanden, als dass trotz sorgfältigster elektrischer Behandlung noch Heilung oder auch nur wesentliche Besserung zu erwarten wäre: wenigstens sind bis heute meine daraufhin gerichteten Bemühungen noch erfolglos geblieben.

II. Parese fast sämmtlicher Muskeln der linken oberen Extremität. — Bemerkenswerthe Aetiologie.

Anfangs Dezember 1885 stellte sich mir der 25 jährige, in einer Knopffabrik als „Mattirer" beschäftigte Arbeiter O. G. mit einer lähmungsartigen Schwäche der linken oberen Extremität zum ersten Male vor. Eine ähnliche Affection am rechten Arm soll schon vor Jahren vorhanden gewesen sein, war aber jetzt nicht mehr zu bemerken. Die augenblicklichen Beschwerden bestanden seit zwei Wochen. Um kurz zu sein, so konnte man sagen, dass sämmtliche Bewegungen der Hand und der Finger links zwar noch ausführbar waren, aber so schwach und so wenig wirksam, dass der Kranke der freien Benutzung seines linken Arms so gut wie beraubt war. Ebenso schwach wie der Händedruck waren auch die Beugungen, Streckungen, die Pro- und Supination des linken Vorderarms, wie man sich deutlichst überzeugen konnte, wenn man diesen Bewegungen einen Widerstand entgegenzusetzen versuchte.

Während zur Verhinderung der verschiedenen Locomotionen der einzelnen Abschnitte der rechten oberen Extremität alle Kraft aufgewandt werden musste, genügte links eine ganz unbedeutende Anstrengung von unserer Seite, um die intendirten Bewegungen zu unterdrücken. — Frei war von den Muskeln der linken oberen Extremität *nur* der m. deltoideus. Von Sensibilitätsstörungen bestanden zunächst solche mehr subjectiver Natur (Gefühl von Taubheit etc.) sowohl an der Streck- wie Beugeseite des ergriffenen Arms bis in die Fingern hinein: sehr vermindert aber zeigte sich auch bei objektiver Prüfung die Sensibilität der Rücken- und Volarfläche der Hand und Finger besonders am Ulnarabschnitt. Hier war die Haut rauh und aufgesprungen und im Bereich des 5. und 4. Fingers und am Hypothenar an beiden Seiten für Nadelstiche, den elektrischen Pinsel sehr viel unempfindlicher, als an den entsprechenden Partien rechts, oder den drei ersten Fingern der linken Hand, obgleich auch diese weniger als dieselben Theile rechts empfindlich waren.

Sämmtliche Nerven und Muskeln zeigten sich bei Reizung mit beiden Stromesarten prompt, in kurzen, blitzartigen Zuckungen reagirend; keine (quantitative) Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit, keine Entartungsreaktion. — Als *Ursache* seines Leidens gibt der Kranke seine Beschäftigung an, welche darin bestand, dass er Tag ein, Tag aus das sogenannte „Mattiren" von Hornknöpfen betrieb. Eine Anzahl von 30—50 zunächst noch glatten Knöpfen sind auf

einer zu beiden Seiten mit Bügeln versehenen Platte von Metall befestigt. Diese Platte mit den Knöpfen wird von dem Arbeiter einem durch ein Gebläse aufgewirbelten und mit grosser Kraft in die Höhe getriebenen Strom von feinstem Sand entgegengehalten, wodurch in wenigen Sekunden die vor dem Contakt mit dem Sand nicht geschützten Stellen der Hornknöpfe „matt" werden. Um nun die Athmungsorgane und die Augen des Mattirers vor den Sandkörnchen zu schützen, ist dieser Sand in einem ziemlich grossen kubischen Kasten von Holz eingeschlossen, dessen vordere eine verschliessbare Thür darstellende Wand zwei runde Ausschnitte trägt, durch welche der Arbeiter seine Arme fast bis zur Schulter hineinzustecken hat. Der Druck, den der Arm bei seinem Aufliegen auszuhalten hat, soll durch zwei in den Ausschnitten angebrachten Kautschuckringen vermindert werden: im vorliegenden Falle aber übte namentlich der links angebrachte Ring eine Schnürung aus, welche den Arm unmittelbar unter der Ansatzstelle des m. delt. umfassend, so comprimirte, dass die oben beschriebene Parese daraus resultirte. Selbst angestellte Versuche belehrten mich übrigens, wie energisch der feine Sand an die die Bügel der Platte haltenden Hände und Finger anschlägt, und so glaube ich vielleicht nicht mit Unrecht die tiefere Anästhesie an der Haut der Ulnarseite der linken Hand und das äussere Aussehen dieser Stelle auf die direkte, Tag aus Tag ein stundenlang durch den Anprall der feinst zerstäubten Sandmassen ausgeübte Läsion zurückführen zu sollen. Wie stark dieser Anprall ist, geht wohl auch daraus hervor, dass die den Arbeitern zum Schutz gereichten Gummihandschuhe in kurzer Zeit durch Risse und Spalten unbrauchbar wurden und später gar nicht mehr in Anwendung kamen. — Auf näheres Befragen gab unser Kranker noch an, dass er die linke Seite der Platte aus Angewöhnung immer mehr gesenkt und so namentlich den Rücken der linken Hand dem aufgetriebenen Sandstrom zunächst gehalten habe.

Zum Schluss erlaube ich mir noch daran zu erinnern, wie sehr der beschriebene Fall an jene theils schwereren theils leichteren Lähmungen einzelner oder aller Nervenmuskelgebiete eines oder beider Arme erinnert, welche ich nach dem Vorgange Brenner's im Jahre 1882 in Eulenberg's Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. Bd. 36 (2) unter dem Titel: Ueber Lähmung der Hand und Finger in Folge von polizeilicher Fesselung beschrieben habe. (Vgl. dort die Literatur.)

III. Beitrag zur Pathologie der peripherischen Facialislähmungen.

Ich erlaube mir zunächst zwei Beobachtungen über peripherische Facialislähmungen mitzutheilen, an welche ich einige in Bezug auf die Diagnostik wichtige Bemerkungen knüpfen werde.

Der erste Fall betrifft einen 20 jährigen Schlächter G., welcher Ausgangs Juni (28. 6.) 1881 etwa 18 Fuss herunter- und auf die rechte Kopfseite auffiel. Er wurde bewusstlos, aus Nase und Mund kam Blut (*nicht* aus den Ohren), die rechte Gesichts-Kopfhälfte war geschwollen, blutunterlaufen. Etwa 8 Tage später bemerkte der Kranke eine die *linke* Gesichtshälfte einnehmende Lähmung. Als ich ihn An-

fang September sah bestand (neben intaktem Hörvermögen beiderseits) eine linksseitige Facialislähmung, welche in Bezug auf die Nasolabialäste eine vollkommene war, (nicht die geringste willkürliche Bewegung war möglich), während am linken Auge und an der Stirn deutlich eine Rückkehr der aktiven Beweglichkeit zu constatiren war. Gaumensegel frei —, keine Geschmacksstörung auf den vordern zwei Dritteln der linken Zungenhälfte. Dabei war das linke Auge geröthet, thränend, das Sehvermögen aber durchaus intakt; geröthet war auch das linke Nasenloch, die Schleimhaut dort leicht ulcerirt, Nasenbluten trat mehrfach auf. Die Sensibilität zeigte sich an der Sklera und Cornea links ebenso wie an der Schleimhaut der linken Nasenhälfte vermindert, nach abwärts hin nach den Lippen und dem Kinn zu verlor sich die übrigens an sich geringe Differenz in der Sensibilität beider Gesichtshälften.

Die *elektrische Exploration* ergab Folgendes: Links an der kranken Seite erhielt man vom Stamm des n. fac. aus (mit dem faradischen Strom) deutlichste Reaktion bei demselben Rollenabstand, wie er für die rechte gesunde Seite erforderlich war, aber nur im Gebiet der m. m. orbicularis oculi, frontalis, corrugator und der kleinen Ohrmuskeln: sehr deutlich war dies bei Reizung dicht vor dem Ohr oder vom oberen Rand des Jochbogenfortsatzes aus. Dieselben Muskeln reagirten bei *indirekter* Reizung mit dem galvanischen Strom gleich den rechtsseitigen in kurzen, blitzartigen Zuckungen, zeigten aber bei *direkter* Reizung mit dem *galvanischen* Strom die *ausgesprochenste Entartungsreaktion:* langsame, träge, ungemein leicht auszulösende Zuckungen mit Vorwiegen der Anodenreaktion. Für die Ohrmuskeln gelang es mir nicht die EaR. deutlich zu constatiren: in klarster Weise aber ergab sich, im strikten Gegensatz zu der gesunden rechten Seite, dass auch die stärksten Induktionsströme weder bei direkter noch indirekter Reizung die linken Nasolabialäste zur Contraktion zu bringen vermochten, während eben diese Nasen-, Lippen-, Kinnmuskeln (bei direkter Reizung) auf den galvanischen Strom mit langsamen, trägen und ebenfalls bei geringen Stromstärken auszulösenden Zuckungen reagirten.

Der zweite Fall betraf den zur Zeit 3 jährigen Knaben R. W., welcher etwa Mitte September 1885 mit Fieber, Krämpfen und heftigsten Kopf- und Ohrenschmerzen erkrankt war. Als ich ihn Anfangs Dezember 1885 sah, bestanden noch die otoscopisch und durch Gehörsprüfungen nachweisbaren Reste einer doppelseitigen Otitis media und eine rechtsseitige Facialislähmung. Beim ersten Blick sah man (besonders deutlich natürlich bei mimischen Bewegungen), dass diese Lähmung die Nasen-, Lippen- und Kinnäste ganz besonders schwer betraf, während nur ein aufmerksamer Beobachter in der Schliessbewegung der rechten Lider und dem Stirnrunzeln rechterseits einen Unterschied zwischen eben diesen Bewegungen an der unversehrten linken Seite wahrnehmen konnte: am ehesten sah man noch dass der Lidschluss rechts nicht ganz so prompt und vollkommen zu Stande kam, wie links.

Die elektrische Exploration ergab zunächst bei Prüfung mit dem

faradischen Strom, dass vom rechten Stamm aus die Nasen-, Lippen-, Kinnmuskeln gar nicht, die Stirn-Augenlidmuskeln dagegen deutlich, wenngleich weniger kräftig, als links erregt werden konnten. Setzte man aber die prüfende Elektrode rechts vor dem Tragus auf, so erhielt man fast bei denselben Stromstärken, wie an der linken Seite auch an der leidenden rechten sehr gute und prompte Zuckungen im m. frontalis, corrugator, attollens auriculae und, wenngleich weniger gut, im orbic. oculi. Indirekte Reizung des m. frontalis dexter vom oberen Rande des arc. zygomat. her mit dem galvanischen Strom ergiebt kurze, blitzartige Zuckungen: bei direkter galvanischer Reizung des m. frontalis dexter war es *nicht* möglich, auch nur Spuren von EaR. zu entdecken: der Muskel reagirt auch bei bedeutender Stromstärke nur undeutlich, keinen Falles träge, wie dies auf's Deutlichste an den Lippen-Kinnmuskeln (rechts) der Fall ist, wo selbst bei nur 1/2 M. A. die wurmförmigen Zuckungen bei direkter galvanischer Reizung sich deutlich kund geben.

Geschmacksprüfungen waren wegen des jugendlichen Alters des Patienten nicht anzustellen: die beiden Gaumensegelhälften funktionirten in gleicher, normaler Weise.

In den beiden hier mitgetheilten Fällen handelt es sich also um eine peripherische Facialislähmung, von denen die erste wohl mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf eine durch Contre-Coup herbeigeführte Läsion der linken Schädelbasis bezogen werden dürfte.

In beiden Fällen waren, wie dies ja ein Charakteristikum peripherischer Stammlähmung des n. facialis ist, sämmtliche Aeste für die Gesichtsmuskeln betheiligt, aber doch in bemerkenswerth verschiedenem Grade. Während beide Male die Naso-Labial-Kinnmuskeln faktisch gelähmt, unbeweglich und im elektrodiagnostischen Sinne *schwer* afficirt waren, erwiesen sich die vom Stirn-Augenast innervirten Muskeln sowohl aktiv beweglich, also höchstens paretisch, und boten andererseits elektrodiagnostisch im ersten Fall das Beispiel einer sogenannten Mittelform der Lähmung dar; im zweiten Falle konnte auch dieses nicht, sondern nur eine quantitative Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit nachgewiesen werden.

Mir schien es werth, auf dieses Verhalten die Aufmerksamkeit zu lenken zur Constatirung der Thatsache, dass auch bei offenbar peripherischen Facialislähmungen, welche in Folge von Läsionen des *Stammes* dieses Nerven aufgetreten sind, die verschiedenen Aeste in verschiedener Schwere befallen werden können. Es ist das an sich oder principiell nichts besonderes, in so fern ja bei peripherischen Läsionen des Vagus, des Sympathicus, aber auch bei anderen Nerven Aehnliches beobachtet und beschrieben ist.

Nur in sofern ist dieses Verhalten erwähnenswerth, als man das Freibleiben der Stirn-Augenäste von der Lähmung als ein Charakteristikum der sogenannten „centralen" Facialislähmungen kennt, in sofern diese durch eine Affektion des *Grosshirns* herbeigeführt worden sind. Hierbei werden, wie bekannt, vorzugsweise die Nasolabialäste des Facialisgebiets betroffen, während die Oculofrontaläste

frei bleiben. Dass dieses nicht unbedingt Geltung hat, darauf haben schon Samt[1]), Coingt[2]), Goltdammer[3]) hingewiesen. — So beschreibt der erste Autor eine neben anderen Erscheinungen aufgetretene linksseitigen Hemiplegie bei einem 45 jährigen Manne (Massenhämorrhagie im rechten Stirn- und Schläfenlappen), bei dem auch die Orbiculaäste des Facialis auf der linken Seite ergriffen waren: der Verf. hebt dies als auffällig hervor und glaubt, dass, wo dieses vorkommt, der Herd jenseits der grossen Ganglien im Hirnmantel sässe. Nach Coingt ist trotz gegenseitiger Meinung bei Hemiplegien aus cerebraler Ursache stets eine Parese des Orbicularmuskels an der gelähmten Seite vorhanden, was man nach ihm nachweist, wenn man das obere Lid beider Augen zu heben versucht: man fühle dann, dass auf der kranken Seite dieser Bewegung ein bei Weitem schwächerer Widerstand entgegengesetzt wird, als auf der gesunden: die Lähmung sei demnach wohl vorhanden, aber meist unvollkommen. Ein deutliches Mitbetroffensein des orb. palpebr. merkt auch Goltdammer in einem Falle linksseitiger Arm- und Gesichtslähmung bei einem 42 jährigen Phthisiker an, bei dem sich post mortem ein wallnussgrosser Erweichungsherd im Marklager beider Centralwindungen fand; die Basalganglien und die innere Kapsel waren intakt.

Es geht aus dem Mitgetheilten demnach hervor, einmal dass bei auf Grosshirnläsionen zurückzuführenden Facialislähmungen auch die Augenäste dieses Nerven nicht immer intakt bleiben, während andererseits unsere Beobachtungen zeigen, dass bei offenbar peripherischen Stammläsionen eben dieses Nerven die rami orbiculo-frontales wenn auch nicht verschont bleiben, so doch bei Weitem weniger betroffen werden können, als die zu den unteren Partien des Gesichts in Beziehung stehenden Faserantheile. — Auf das Verhalten der Facialislähmungen bei Läsionen, welche andere Theile des Gehirns betroffen haben (Brücke, verlängertes Mark) gehe ich hier nicht weiter ein und betone nochmals, dass ich bei dieser Besprechung nur die auf Affektionen des *Grosshirns* zurückzuführenden und das Facialisgebiet mitbetheiligenden Hemiplegien im Auge gehabt habe.

II. Original-Vereinsberichte.

I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 8. März 1886.

225) Vor der Tagesordnung demonstrirt **Remak** die von Erb für elektrodiagnostische Zwecke angegebene *Normalelektrode* von 10 □-Ctm. Querschnitt kreisrund, Durchmesser 3,5 Ctm. sowie verschiedene, behufs genauerer Stromdosirung in therapeutischer Hinsicht nach sei-

[1]) Samt: Berl. klin. Wochenschr. 1885. Nro. 40.

[2]) Coingt: Contribution à l'étude des symptomes oculaires dans les maladies du système nerveux central. Paris 1878.

[3]) Goltdammer: Berl. klin. Wochenschr. 1879. Nro. 24.

nen eigenen Angaben von Hirschmann verfertigte grössere *Elektroden* von 15, 20, 30, 40, 50 □-Ctm. Fläche und 4,4 5, 6, 7, 8 Ctm. Durchmesser. Die absolute Stromdichte ergibt sich durch Division der in Millampère abgelesenen Stromstärke mit dem Elektrodeninhalt. Die auf diese Weise gewonnenen Angaben haben den Vorzug grösserer Uebersichtlichkeit.

226) **Bernhardt:** *Neuropathologische Mittheilungen.* (Als Original in der heutigen Nummer enthalten.)

In der Discussion erwähnt Jensen die Radialislähmung, welche bei Betrunkenen vorkommt, wenn sie mit übergelehntem Arme eingeschlafen sind.

Mendel will nicht allein peripherische und centrale Facialislähmung unterschieden wissen, sondern meint, man müsse letztere nach dem Sitze wiederum unterscheiden.

Die genannten Zweige, die orbiculo-frontalen und die naso-labialen, entsprängen in der Rinde, wie pathologische Befunde zeigten, an ganz verschiedenen Stellen und kämen erst später zusammen weiter nach hinten.

Bernhardt hält dagegen den Fall von Samt (grosse Blutung in's Stirnhirn, gleichmässige Betheiligung aller genannten Fasern.) In der progressiven Bulbärparalyse seien ferner die labialen Aeste mehr betheiligt. Bei peripherischen Läsionen könne eine Betheiligung von gewissen Aesten fehlen, da der Nerv nicht im ganzen Querschnitt ergriffen zu sein brauche. Mendel betonte die Grösse des Blutergusses im Falle Samt. Er verlangt zur Entscheidung kleine Herde.

Remak hat peripherische Facialislähmung mit Betheiligung einzelner Aeste auf traumatischer Basis z. B. nach Drüsenexstirpation gesehen. — In einem Falle von Radialisparalyse war Zerrung und Dehnung des Nerven durch Fall auf den Rücken der Hand vorausgegangen.

Westphal betont, der von Mendel beschriebene Verlauf der Facialisaeste im Hirn sei nur aus pathologischen Befunden abgeleitet. Anatomisch fehle noch der Nachweis. Zum Schluss betont Bernhardt, dass er von Stammlähmungen des N. facialis gesprochen, nicht von Lähmungen der an der Peripherie ausgebreiteten Aeste, welche natürlich jeder einzeln einmal zufällig durch Schädlichkeiten betroffen werden könnte. Ebensowenig handele es sich in seinem anderen Falle um Lähmung etwa nur des N. radialis: es waren eben sämmtliche Armnerven (N. axillaris ausgenommen) durch die Schnürung afficirt. —

227) **Westphal:** *Ueber zwei Fälle von Tabes dorsalis mit erhaltenem Kniephänomen. — Autopsie.*

W. suchte seit langer Zeit genauer die Gegend der Hinterstränge im unteren Dorsaltheil und im Beginn des Lendentheils des Rückenmarks zu bestimmen, deren Erkrankung zum Erlöschen des Kniephänomens führt. Er fand bereits, dass es nicht die inneren, sondern die äusseren Abschnitte der Hinterstränge sein müssen. In einem Falle von Tabes, in dem zwei Monate vor dem Tode das Kniephänomen verschwand, zeigte sich die Degeneration am Uebergang zwischen Dorsal-

und Lendentheil in den Burdach'schen Strängen in Gestalt eines Streifens, der sich nach aussen hin fortsetzte, während in einem anderen Falle mit Amaurose und länger fehlendem Kniephänomen derselbe Abschnitt erkrankt war, zugleich aber die Degeneration noch mehr nach aussen ging. In einem weiteren Falle mit bis zum Tode erhaltenem Kniephänomen war die Degeneration auch wieder an derselben Stelle, ging aber viel weniger weit nach aussen. Die Stelle, an welcher die hinteren Nervenwurzeln eintraten, die Wurzelzone der Hinterstränge war nicht betheiligt. Diese Zone schliesst sich an die Gegend der Substantia gelatinosa (Rolando) an und liegt, wenn man von dem medianwärts gerichteten Vorsprung der genannten Substanz eine der Mittellinie parallele Linie nach hinten zieht, aussen von der letzteren.

Vor einiger Zeit beobachtete W. zwei weitere wichtige Fälle. Im *ersten* handelt es sich um einen 50jährigen Weber, der 1882 erkrankt und ein Jahr später aufgenommen war. Es bestand Ataxie, eigenthümliche Rigidität bei Abduktion der Oberschenkel, Abnahme der motorischen Kraft an den Beinen, Sensibilitätsstörungen und Incontinenz.

Das Kniephänomen war vorhanden. Es wurde im September 1883 schwächer und verschwand im Oktober. Der Tod trat Anfangs 1884 ein. Es fand sich eine Erkrankung der äusseren Abschnitte der Hinterstränge, nach aussen hin nur wenig in die Wurzelzone hineinreichend. Ausserdem waren die Clarke'schen Säulen erkrankt (das feine Fasernetz war geschwunden und die Zellen atrophisch) und Theile der Seitenstränge.

Im *zweiten* Falle bestand Ataxie, motorische Schwäche etc. Das Kniephänomen war vorhanden und verschwand erst ganz kurze Zeit vor dem Tode. Es fand sich eine kombinirte Affection der Seiten- und Hinterstränge und Betheiligung der Clarke'schen Säulen. Die degenerirte Stelle im äusseren Theile der Hinterstränge berührte nach aussen gerade noch das Gebiet der Wurzelzone.

In dem ersten Falle waren die hinteren Wurzeln des Lenden- und Dorsaltheils und auch die vorderen Wurzeln im unteren Theile des Dorsaltheils atrophisch, in dem zweiten Falle bestand auch Athrophie der peripherischen Nerven.

Das Kniephänomen verschwindet also bei Erkrankung der Wurzelzone der Hinterstränge. Degeneration der hinteren Rückenmarkswurzeln ist aber nicht wesentlich beim Verschwinden des Kniephänomens. Es können die genannten Wurzeln bei fehlendem Kniephänomen ganz intakt sein.

Im Uebrigen ist es Zufall, dass in beiden Fällen kombinirte Erkrankungen vorliegen.

Schliesslich weist W. die Ansicht der Franzosen von dem Zusammenhang der Prozesse in den Seitensträngen mit meningitischen Prozessen in der Umgebung zurück, indem er das Fehlen meningitischer Erscheinungen wie Verdickungen der Häuten in seinem Falle hervorhebt. Die degenerirten Stellen der Seitenstränge seien im übrigen ganz unregelmässig gelegen, sodass keine eigentliche Systemerkrankung der

Seitenstränge vorliege. Auf die Seitenstrangaffection sei endlich die Abnahme der motorischen Kraft und wohl auch die Rigidität in dem einen Falle zurückzuführen. (Diskussion verchoben.)

Otto (Dalldorf).

II. Psychiatrischer Verein zu St. Petersburg.

Sitzung vom 20 März. (Schluss.)

228) Prof. **Mierszejewski:** Behufs Ausarbeitung einer internationalen Irrenstatistik, welche auf Anregung der belgischen psychiatrischen Gesellschaft auf dem letzten internationalen psychiatrischen Congresse eingeführt werden soll, ist eine allgemeine *Classification der Geisteskrankheiten* nothwendig und wird diese einer besonderen Commision zugewiesen, welche das von Dr. Djeekow ausgearbeitete Project einer Sammlung von irrenstatistischen Daten in Russland mit berücksichtigen und sein Elaborat zur nächsten Sitzung der Versammlung vorstellen soll.

229) **Rosenbach** und Stud. **Dzerban**: Resultate der *graphischen Untersuchungen der Entartungsreaktion* in einem Falle von Poliomyelitis anterior cervicalis. — Die Form des Myogramms bei EaR weicht bei Anwendung des constanten Stromes wesentlich von den normalen Muskelcurven ab, die Anodencurve ist höher als die der Kathode, das latente Stadium ist beträchtlich verlängert bezüglich der Norm; die Form der Curve ändert sich proportional der Stromstärke.

230) **Danillo**: *Untersuchung des Nervensystems bei sogen. Gedankenlesern.* Vortr. als Mitglied einer Commission zur Prüfung des Gedankenlesens bemerkte an den betreffenden Subjecten verschiedene functionelle Störungen des Nervensystems. Er kann die von Preyer u. a. aufgestellte Ansicht, dass beim Gedankenlesen der Muskelsinn die Hauptrolle spiele, nicht unbedingt annehmen, und will augenblicklich nur die Abweichungen von der Norm, welche das Nervensystem des Gedankenlesers bietet, besprechen. Er hat im Ganzen 6 solcher Personen untersucht, von denen einer professioneller Gedankenleser ist. Dieser ist Hebräer, drei seiner Brüder stottern, die Schwestern sind hysterisch, er selbst hat, 21 Jahre alt, an Hallucinationen des Gesichts und des Gehörs gelitten. Die Untersuchung ergab bei ihm: Herabsetzung aller Formen der Sensibilität an der Hinterfläche des Rumpfes und der Beine, bedeutende Erhöhung der oberflächlichen und der tiefen Reflexe, Einengung des Gesichtsfeldes und solche Veränderungen der Farbenempfindung, welche Neurasthenikern und Hysterischen eigen sind. Der Mann kann leicht und rasch hypnotisirt werden und beschleunigt, ohne dass die Athmung sich verändert, willkürlich seinen Puls auf 160—180 Schläge in der Minute, ausserdem ruft er zeitweilige Anästhesien auf vorher von dem Untersuchenden bezeichneten bestimmten Stellen der Haut freiwillig hervor, welche sich im Verlaufe einiger Minuten auf dem Unterarm, dem Oberschenkel entwickeln. Eine Simulirung dieser Anaesthesien von Seiten des Gedankenlesers hält Vortr.. für unmöglich, weil derselbe den angewandten Reiz eines starken secundären Inductionsstromes bei 0 Rollenabstand normaliter wohl schwerlich hätte vertragen können, und könnte man unter Berücksich-

tigung der von Beaunes angegebenen Auftretens von Anästhesien durch Suggestion auch hier ein ähnliches Verhalten annehmen. — Das zweite Object war ein Marineofficier, der bereits einige Jahre auf hereditärer Grundlage an grosser Hysterie leidet und im Mai 1885 der Gesellschaft vorgestellt worden ist. Er zeigte die Erscheinungen der Lethargie mit deutlicher Erhöhung der psychischen Erregbarkeit des neuromusculären Apparates, Katalepsie mit Contracturen, Somnambulismus und linksseitige Hemianästhesie. Nach vollbrachtem Gedankenlesen verschlimmerten sich die erwähnten Anomalien am Nervensystem. Die 4 anderen, unvollständig untersuchten Personen, darunter 3 weibliche, waren neurasthenisch und hysterisch.

Aus dem Angeführten sei ersichtlich, dass, ausser der Möglichkeit einer Simulation, bei den Gedankenlesern solche functionelle nervöse Störungen vorkommen können, durch welche äussere Eindrücke anders aufgenommen werden, als bei gesunden Leuten, desshalb müsse man klinische Thatsachen in dieser Beziehung sammeln und sie mit den Symptomen der grossen Hysterie vergleichen: eine Theorie des Gedankenlesens sei nur dann möglich, wenn sie durch klinische Beobachtung gestützt wird, was jetzt noch nicht möglich ist.

Hinze (St. Petersburg).

III. K. Ung. Academie der Wissenschaften.

Sitzung vom 15. März 1886.

231) Prof. **A. Högyes**: *Ueber eine neuere Acusticus-Reflexerscheinung.*

Lässt man in der Nähe eines Kaninchens ein Geräusch laut ertönen, so erzittern sofort beide Ohren des Thieres. Ertönt dasselbe Geräusch in einem gewissen Rhythmus nach einander, so erzittern die Ohren in dem gleichmässigen Rhythmus. Eigenthümlich ist es anzusehen, wenn die Ohren einer ganzen grossen Gruppe von Kaninchen mit orchestermässiger Genauigkeit so auf einmal zucken. — Musikalische Töne bewirken diese Erscheinung nur zwischen gewissen bestimmten Grenzen. Bei weissen Mäusen beobachtete Vortrag. dasselbe Reflex-Phänomen. Es sind dies rein nur Acusticusreflexe, bei welchen der, die Acusticusenden treffende Nervenreiz zu den Acusticuscentren gelangend, direct auf die centrifugalen Nervenbahnen überschlägt und die Muskeln, ohne Dazwischenkunft der höheren Nervencentren, des Gehirns und des Bewusstseins, durch die motorischen Nervencentren in Bewegung bringt. Zerstört man beim Kaninchen die Hemisphären, die grossen Ganglien, die Corpora quadrigemina und selbst den grössten Theil des Kleinhirns, so bleiben diese eigenthümlichen durch rhythmische Geräusche entstehenden rhythmischen Reflexe beinahe vollkommen unverändert. Fallen aber auch die Crura cerebelli ad pontem in's Gebiet der Zerstörung, so sistiren dieselben gänzlich; zum Beweise dessen, dass, wenigstens bei diesen Thieren, im Bereiche der letztgenannten Gehirntheile jene Centren gelegen sein müssen, welche die durch Töne hervorgebrachte Reizung der Acusticusenden auf die motor. Nerven transferiren. Diese acustischen Reflexbahnen sind bei dem Menschen ohne Zweifel in ähnlicher Weise eingerichtet. Diese Einrichtung erklärt jenen Umstand, dass

der grösste Theil der Menschen, oft ganz unbewusst, die rhythmischen Geräusche und Töne, mit rhythmischen Körperbewegungen begleitet. Die Grundeinrichtung dieser Reflex-Acusticus-Bahnen bringt das Thier zweifelsohne mit auf die Welt. Vortrag. hatte Gelegenheit obige Experimente an neugeborenen Kaninchen einige Minuten nach der Geburt, mit denselben Resultaten zu machen. Pollak (Budapest).

III. Referate und Kritiken.

232) **Vanlair** (Lüttich): Nouvelles recherches expérimentales sur la régénérations des nerfs. (Neue Experimentaluntersuchungen über Nervenregeneration.) (Archives de Biologie. 1885.)

V. gelangte durch jahrelang fortgesetzte Versuche am Ischiadicus des Hundes, die er sämmtlich in der längeren Arbeit aufführt, zu dem Schluss, dass constante Gesetze die *ersten* Phasen der Neubildung des Nerven beherrschen, mag es sich um eine einfache Durchschneidung oder eine Resection, eine Sutur oder nicht gehandelt haben.

Anderthalb bis zwei Centimeter oberhalb des freien centralen Nervenendes beobachtet man eine Vervielfältigung der Axencylinder durch Spaltung. Jeder neue Axencylinder ist bereits mit einer eigenen Myelinscheide umgeben, obgleich noch die gemeinsame Markscheide vorhanden ist. Die Prüfung dieser neuen Fasern, welche von der Peripherie zum Centrum fortschreitet, geht mit grosser Schnelligkeit vor sich, obgleich diese an Volumen lange Zeit geringer bleiben als physiologische Nervenröhren. Von diesen Fasern aus bilden sich secundäre, tertiäre u. s. w. Fasern, oft bis zum Ende der Extremität. Vorzüglich entfaltet sich diese Faserneubildung in der Randzone des Nerven, wahrscheinlich in Folge der traumatischen Epineuritis und Perineuritis.

Die Degeneration der centralen Nervenfasern beginnt etwa einen Centimeter oberhalb des Endes und unterscheidet sich wenig von der in dem peripherischen Stumpf.

Die Auswanderung geschieht in einem spitzen Winkel durch die inneren Lagen der Nervenscheide in das endoneuriale Gewebe und fort zwischen die Bindegewebsfasern. Die bindegewebig nervöse Schicht des Perineurium wird nun dichter und bildet um den Nerven eine muffenartige Umhüllung, in welcher die neuen Fasern allmählich eine der Axe des Nerven parallele Richtung einschlagen. Weiter unterhalb wird die Vertheilung der Nervenfasern maschiger und entsteht eine Art eines mikroskopischen Plexus, welcher im Ganzen die Peripherie zu erreichen sucht. Giebt man jedoch dem centralen Nervenstumpf eine rückläufige Richtung, so nimmt die nervöse circumneuriculäre Bildung im Gegentheil eine Richtung nach dem Centrum hin. Giebt man dem Ischiadicusstumpf eine transversale Richtung, so verlässt die nervöse Hülle ihn an der Stelle, wo er transversal wird und wird longitudinal. Die Bahn ist immer die des musculären Interstitium, die des geringsten Widerstandes.

Auf diese Weise bilden sich die nervösen Scheiden der Gefässe durch Abtrennung eines neuroareolären tractus, welche das Gefäss wie ein Etuis begleiten. Die neugebildeten Fasern wandern nur dann fort, wenn sie einen geringen Widerstand finden. Ist dieser Widerstand ernster z. B. bei einer metallenen Ligatur, so steht hier die nervöse perineuriculäre Masse still.

Hat diese die Höhe des Schnittes erreicht, so bildet sich an dem centralen Stumpf das Regenerationsneurom aus dieser Hülle und aus nervösen Fasern, die aus centralen Nervchen hervorgegangen sind.

Bis hier wird die Neubildung von demselben Gesetz beherrscht und erst jetzt treten Variationen auf.

Einmal bleibt die neuromatöse Masse steril, sie verlängert sich nur bis zu einer gewissen Distance, das nervöse Element darin wird rarer und schwindet schliesslich ganz. In anderen Fällen entstehen im Innern des Neuroms Fasern, Nervenfasern, durch longitudinale Gruppirung der Fascikeln desselben, schwinden jedoch bald wieder. Unter günstigen Verhältnissen, wenn den neuen Fasern sich ein gebahnter Weg bietet, dringen sie an das periphere Segment vor, sich bis unterhalb der Ischiadicusbifurcation verlängernd und den alten Nerven umgebend. Bei sehr günstigen Bedingungen dringen die neuen Nervenfasern in das Innere des alten peripheren Nervensegmentes ein und verlängern sich nun bis zum äussersten Ende des Gliedes. „Das heisst also man erhält dann eine effective und vollkommene Revivification der degenerirten Nerven.“ „Aus allem ergiebt sich der objective Beweis der Möglichkeit einer completen Regeneration der peripheren durchschnittenen Nerven durch Trieb von Wurzelschösslingen und dass diese Regeneration unmöglich sein würde, wenn die Nerven des vom Centrum getrennten Segmentes nicht im richtigen Augenblick gegenüber den aus den centralen Stumpf hervorgehenden Fasern den Führerdienst übernehmen würden“.

Ein einmal regenerirter Nerv hat sich bei einer erneuten Durchschneidung nur noch in sehr unvollkommener Weise regenerationsfähig gezeigt. Die zum zweiten Male operirten Thiere gehen an Eiterung und Marasmus zu Grunde. Rohden (Oeynhausen).

---

233) **Walton** (Boston): Cases of functional and organic injury to the central nervous system, caused by trauma. (Zur Casuistik der traumatisch bedingten functionellen und organischen Störungen des Centralnervensystems.) (The Boston medical and surg. journ. 1886 Febr. 4.)

Der Name „railwayspine“ ist lange Zeit als Deckmantel unserer Unwissenheit benutzt worden, und viele Fälle traumatischer Neurasthenie und Hysterie cursirten lange und thun es noch heute unter der Diagnose Rückenmarkserschütterung, Myelitis, spinale Congestion etc. Page war der erste, welcher darauf hinwies, dass eine organische Erkrankung des Rückenmarkes in Folge von Trauma sehr selten ohne Verletzung der Wirbel aufträte. Die Hauptfragen, welche sich in solchen Fällen der Sachverständige vorzulegen hat, sind: 1) Ist die Affection simulirt? 2) Liegt nach Ausschliessung der Simulation eine functionelle oder eine organische Störung vor? 3) Wie ist die Pro-

gnose? 4) War das Trauma geeignet eine derartige Störung hervorzubringen?

Die zweite Frage ist es nun, auf welche Verf. an der Hand von 4 interessanten Fällen näher eingeht, und die im Original nachgesehen werden können. König (Dalldorf.)

---

234) **H. Munk** (Berlin): Ueber die centralen Organe für das Sehen und das Hören bei den Wirbelthieren. (Sitzungsbericht der Kgl. Preuss. Akademie der Wissensch. zu Berlin. VII. VIII. 1886.)

Lange Zeit hat Munk zu den Angriffen von Goltz und seinen Schülern geschwiegen — er hat eben, wie wir aus vorliegender Abhandlung erfahren, eine grosse Anzahl Versuche gemacht, um seine früheren Behauptungen zu kräftigen. Die Ansichten von Goltz in Betreff der Operation am Hinterhauptlappen des Hundes sind hinlänglich bekannt und zuletzt noch von uns bei Gelegenheit eines Référates über die Strassburger Naturforscherversammlung (dies. Centralbl. 1885. pag. 462 ff.) kurz wiedergegeben. Vorher jedoch hatte G. in einer ausführlichen Arbeit (Pflüg. Arch. für die ges. Physiol. 1884. 9 u. 10) seinen Standpunkt an der Hand einer Anzahl neuer Experimente dargelegt. G. behauptet in dieser Abhandlung, dass die Exstirpation der Hinterhauptlappen den Hund *nicht* stockblind mache, sondern dass sie nur eine allgemeine Wahrnehmungsschwäche, ein mangelhaftes Verständniss für *alle* Sinneseindrücke hervorriefe. Munk gibt zu, dass die von Goltz am Hinterhauptlappen operirten Hunde alle gesehen haben, aber zweifellos war ihnen die Sehsphäre nur unvollkommen exstirpirt. Aus Goltz eigenen Worten geht hervor, dass die vorderste Parthie der Sehsphäre zurückgeblieben war. Der Nachweis des Fehlerhaften in den G.'schen Versuchen genügte M. jedoch nicht, sondern er wiederholte an 85 Hunden die früher von ihm beschriebenen Versuche mit Totalexstirpation beider Sehsphären. Von diesen 85 Versuchen sind nur 4 als vollkommen gelungen zu bezeichnen. Die Schilderung dieser durch 3—14 Monate beobachteter völlig blinder Thiere stimmt genau mit der im Jahre 1880 vom Verf. gegebenen überein. Hinsichtlich der Sicherheit des Ergebnisses, der vollkommenen Blindheit bei Ungestörtheit der übrigen Sinne stellt Verf. die Totalexstirpation beider Sehsphären jedem naturwissenschaftlichen Versuche an die Seite. Selbst an dem von Goltz „hauptsächlich zum Beweise benutzten Hunde" kann Munk ausser Schädigung des Gesichtssinnes keine Schwäche der „Sinneswahrnehmung", keine Mangelhaftigkeit der Sinnesvorstellungen erkennen. Auch nicht als Beweis für eine etwa gestörte Intelligenz lässt M. die „allgemeine Wahrnehmungsschwäche", den Mangel des „Richtungssinnes" gelten, vielmehr ist nur die Deutung zulässig, dass der Hund durch den Verlust der Sehsphären ausser den einfacheren Gesichtsvorstellungen auch die aus den Gesichtswahrnehmungen hervorgegangenen Raumvorstellungen eingebüsst hat und nur später mittels des Gefühlssinnes neue Raumvorstellungen gewinnt. Versuche mit *unvollkommener* Exstirpation der Sehsphären gaben dem Verf. Aufklärung über die merkwürdige Erscheinung, dass der Goltz-

'sche Hund am Rande eines auf den Boden gelegten weissen Papierstreifens ging. Dem betr. Hunde war eben nicht die *ganze* Sehsphäre extirpirt, er hatte ein sehr beschränktes Gesichtsfeld und sah den Streifen noch mit der oberen Retinaparthie.

Goldstein (Aachen).

---

235) **W. Bechterew** (St. Petersburg): Ueber Zwangsbewegungen bei Zerstörung der Hirnrinde. (Arch. f. path. Anat. u. Physiol. 100. Bd. 3. H.)

Das Gebiet, dessen Zerstörung häufig bei Thieren Kreisbewegungen im Gefolge hat, befindet sich nach den Beobachtungen des Verf.'s etwas nach hinten von den Gyri sigmoidei in der Nachbarschaft der Längsspalte des Gehirns. Sofort nach der Operation führt das Thier Kreisbewegungen nach der operirten Seite hin aus. Das Kreisen wird nach wenigen Minuten resp. circa 1/4 Stunde schwächer und hört schliesslich ganz auf; das Thier läuft dann ohne irgend welche motor. Störungen in gerader Linie weiter; nach mehr oder minder kurzer Zeit aber beginnt das Kreisen nach der früheren Richtung hin von Neuem. Die relativ kurze Dauer des Anhaltens der betr. Bewegungen spricht dafür, dass wir es hier mit einem Reizeffekt bestimmter Rindenparthien resp. darunter liegender Leitungsbahnen und nicht mit einer Ausfallserscheinung zu thun haben, denn auch lediglich durch Application reizender Agentien auf das bezeichnete Rindenterritorium lassen sich zuweilen derartige Bewegungen auslösen. Da anatomische Angaben dafür sprechen, dass in dem betr. Rindengebiete eine centrale Endstätte des vorderen Kleinhirnstieles vorliegt, so ist anzunehmen, dass in der Hirnrinde hinter dem motor. Felde ein mit den sog. Gleichgewichtsorganen in enger Verbindung stehendes Centrum localisirt ist, welches vielleicht zur Apperception der Empfindungen unserer räumlichen Körperlage Beziehungen hat.

Aus der Pathologie führt Verf. folgende Fälle an, die mit obigem experimentellen Ergebniss in Verbindung zu bringen sind:

Friedreich beobachtete einen Kranken, bei dem ein unüberwindlicher Drang zur Vorwärtsbewegung und nach der linken Seite hin sich bemerkbar machte. Bei der Section wurde in der Dura mater ein Sarcom gefunden, das in der Region der grossen Fontanelle mehr nach rechts als nach links fast vollkommen das Schädeldach durchbrochen hatte.

Petrina berichtet über einen Kranken mit Bewegungen nach rechts und rückwärts. Section erwies Geschwulste in der weissen Substanz beider Scheitellappen und zum Theil beider Stirnlappen.

Mesnet beobachtete einen Kranken mit heftigen Kopfschmerzen, der bei der Bewegung stets unwillkürlich von links nach rechts rückte, und dem eine Bewegung in gerader Linie ganz unmöglich war. Kurze Zeit vor dem Tode traten epileptische Anfälle auf. Die Section ergab eine hühnereigrosse Geschwulst in der Substanz der rechten Grosshirnhemisphäre, zum Theil in den rechten Seitenventrikel ragend.

Verf. fügt diesen 3 Fällen selbst einen höchst merkwürdigen hinzu (aus der Klinik von Prof. **Mierzejewsky**). Ein 34jähriger

Kranker hatte einst einen sehr heftigen Schlag auf den Kopf erlitten. Man fand an der Grenze des Scheitel- und Hinterhauptbeines eine mit den Schädelknochen verwachsene Narbe. Parese der rechten Gesichtshälfte. Geistesschwäche mit Erregungszuständen. Nach jahrelangem Aufenthalte in der Klinik beschreibt Pat. plötzlich Kreise von rechts nach links. Während des Kreisens rückt der Rumpf etwas nach vorn und neigt sich nach links. Immer zeigt Pat. die Neigung von rechts nach links zu kreisen und was für Experimente man anstellen mag, es gelingt nicht die gegenseitige Richtung hervorzurufen. Dauer 1 Monat. Dann allmähliche Abnahme. Die Section ergab an Stelle des Gyr. angularis des rechten Scheitellappens Verwachsung der Pia mit dem darunter liegenden Hirngewebe. Entsprechend diesem Bezirke liegt ein von $1 - 1^1/_2$ Ctm. im Diameter messender Encephalitisherd. In die Tiefe erstreckt sich der Herd nicht über 1 Ctm. herab und ergreift nur wenig die weisse Substanz.

Goldstein (Aachen).

---

236) **Taylor**: Tumour of the brain. (Hirntumor.) (The British Medic. Journ. 6. Februar 1886.)

Ein Gliom im rechten Stirnlappen von $1^1/_2$ Zoll Durchmesser, das 1 Zoll in die Tiefe drang, machte Kopfschmerz, unsicheren Gang, schleppende Sprache. Unfähigkeit sich im Bette aufzurichten oder zu stehen, Muskelspasmen. — Voigt (Oeynhausen).

---

237) **G. Bellangé**: Note sur un cas de tubercule de la moëlle épinière. (Mittheilung über einen Fall von Tuberkel des Rückenmarks.) (L'Encéphale Nro. 6. 1885.)

Ein chronischer Alcoholist, stark dement, 36 J. alt, zeigt eine Parese des linken Beines mit herabgesetzter resp. erloschener Sensibilität und erloschenem Kniephänomen, dabei unverständliche Sprache und Pupillendifferenz (die rechte weiter als die linke). Tod an Phthise. Bei der Section fand sich im Gehirn Nichts, dagegen im oberen Theile des Lendenmarks ein verkäster Tuberkel, der in der hinteren Hälfte des Seitenstrangs seinen Sitz hatte. Bacillen fanden sich nicht darin. Stoltenhoff (Saargemünd).

---

238) **Hale White**: The difficulties of diagnosis in certain cases of cerebral tumour. (Differential-Diagnose bei Gehirntumoren.) (The Britisch. Medic. Journ. 16. Januar 1886.)

Verf. führt 3 Fälle von Hirntumoren an (Stirn- und Hinterhauptslappen, Kleinhirn), die während des Lebens auf Grund der wenig characteristischen Symptome nicht diagnosticirt werden konnten. Auch die Combination von Kopfschmerz mit Neuritis optic. lasse nicht immer mit Sicherheit auf einen Hirntumor schliessen, da es sich z. B. in einem solchen Falle nur um Anämie handelte, nach deren Beseitigung mit Eisen etc. jene Symptome verschwanden.

Voigt (Oeynhausen).

---

239) **Mitchell Bruce** und **Edward Bellamy**: On a case of removal of a tumour from the routs oft tho last cervical and first dorsal nerve. (Ueber einen Fall von Exstirpation eines Tumors von den Wurzeln des letzten Cervical- und des ersten Dorsalnerven.) (The British Medic. Journ. 16. Januar 1886.)

In dem vorliegenden Falle bestanden in Folge der durch die Operation übrigens glücklich beseitigten Geschwulst (Sarcom) seit 2 Jahren heftige, stets zunehmende Schmerzen im rechten Arme, Paralyse der vom n. ulnaris versorgten Muskeln und Hyperästhesie der von ihm innervirten Haut. Nach der Exstirpation hörten sofort die Schmerzen auf, doch stellte sich jedenfalls in Folge mehrfach durch die Operation verursachter Zerrung anderer Nerven totale Paralyse des Armes ein: durch elektrische Behandlung trat vollkommene Heilung ein. Voigt (Oeynhausen).

---

240) **Volland** (Davos-Dörfli): Ein Fall von Aphasie bei gleichzeitiger Erhaltung der Zahlensprache und Zahlenschrift.
(Münch. med. Wochenschrift 1886. Nro. 4.)

Ein 15 jähriger Bauerssohn stürzt in den Keller, wird vom Verf. bewusstlos mit einer V förmigen Stichwunde auf der Höhe des rechten Seitenwandbeines vorgefunden; Knochen vom Periost entblöst, nirgends verletzt. Als Patient nach tagelanger Bewusstlosigkeit zu sich gekommen war, verstand er alles, konnte aber nur das eine Wort „Anna" sprechen und schreiben, jedoch vermochte er bis 100 zu zählen, das 1 × 1 aufzusagen, ohne Mühe zu addiren und zu subtrahiren. Es stellte sich ferner heraus, dass er nicht nur sämmtliche Zahlen schreiben konnte, sondern dass er auch alle gelernten Rechnungen leicht auszuführen vermochte. Pat. lernte allmählich wieder Sätze sprechen und schreiben, blieb aber in der Schule sehr zurück, hielt jedoch im Rechnen mit den Besten gleichen Schritt. Sechs Jahre später noch immer etwas Aphasie, Anfälle von Schwindel, leichte Ptosis der Augenlider. Verf. veröffentlicht den Fall, um zu zeigen, dass das Centrum für die Wortbildung und Wortsprache getrennt sein muss von dem für die Zahlen und die Zahlensprache. Goldstein (Aachen).

---

241) **Arthur Benson**: Partilal embolism of the inferior division of the central artery of the retina associated with repeated attacks of chorea. (Embolie der Retinalarterie mit Chorea.) (The British Medic. Journ. 23. Januar 1886.)

Ein 21 jähriger Mann, der in seinem 14. Jahre „rheumatisches Fieber", in den letzten 3 Jahren mehrfache Anfälle von Chorea hatte, erblindete plötzlich auf dem rechten Auge in Folge eines Embolus der Centralarterie. Am Herzen und den Nieren wurde, wie in vielen Fällen von Chorea, Nichts Krankhaftes gefunden; ebenso fehlte jede periphere Läsion, die etwa zu Thrombose hätte Veranlassung geben können. Voigt (Oeynhausen).

242) **Möbius** (Leipzig): Allgemeine Diagnostik der Nervenkrankheiten. (Leipzig, Vogel 1886. pag. 338. gr. 8°. 101 Abb. M. 8.)

Es giebt Ereignisse, deren nothwendiges Erscheinen nur eine Frage der Zeit ist. Sie liegen eine längere Weile dicht unter der Oberfläche der Oeffentlichkeit und an vielen Stellen wird eifrig an ihrer Tagförderung gearbeitet. Ein solches literarisches Ereigniss ist ein Lehrbuch über die Diagnostik der Nervenkrankheiten, welches seit fast 2 Jahren mit Bestimmtheit erwartet wird. Möbius hat als der erste seine „Allgemeine Diagnostik" gebracht und damit gewiss manchem Bearbeiter desselben Gegenstandes den Rang der Priorität abgelaufen.

Der Stoff wird in folgender Anordnung vorgetragen: A. Die Anamnese. B. Der Status praesens. Hier folgen der Reihe nach folgende Capitel: 1. Die Beschwerden des Kranken, 2. Untersuchung des seelischen Zustandes, 3. Untersuchung der Sprache, 4. Untersuchung des Bewegungsapparates. Dieses Capitel hat eine grosse Zahl Unterclassen wie Ernährungs- und Spannungszustand der Muskeln, die Motilität (Lähmung, abnorme Bewegung), reflectorische, mechanische, electrische Erregbarkeit u. s. w. 5. Untersuchung des Empfindungsapparates (die Specialsinne). 6. Untersuchung des Schädels und der Wirbelsäule. 7. Prüfung der vegetativen Functionen. 8. Die Diagnose ex juvantibus et nocentibus. Alles dies wird auf 228 Seiten klar und fliessend abgehandelt. Dann folgen 3 Capitel, die als Anhänge bezeichnet sind: I. Uebersicht der die Gewinnung und Verarbeitung gesundheitsgefährlicher Stoffe umfassenden Gewerbe- und Fabrikbetriebe nach dem Grade ihrer gefahrbringenden Einwirkung auf die Arbeiter — eine übersichtliche Tabelle. II. Eine Beschreibung der Functionen der einzelnen Muskeln und deren Störungen, III. eine Beschreibung der Functionsstörungen bei Läsion der einzelnen Nerven. Diese 3 Anhänge nehmen 100 Seiten ein.

Wenn ich mich zunächst über diese *Anordnung* des behandelten Stoffes äussern soll, so muss ich sagen, dass ich dieselbe als eine dem praktischen Standpunkte entsprechende und denselben fördernde nicht ansehen kann, und ich fürchte sehr, dass der sonst so grosse Werth des Buches dadurch beeinträchtigt wird. Es würde zu weit führen, wenn ich diese Ansicht, die sich auch auf die Anhänge II und III erstreckt, hier bis ins Einzelne begründen wollte; ich beschränke mich darauf einen Punkt hervorzuheben.

Die Untersuchung eines Nervenkranken, mithin auch die darauf bezügliche Anleitung eines Lehrbuches hat meines Erachtens nicht mit der durchaus in das Gebiet der speciellsten Diagnostik fallenden Exploration der Sprache zu beginnen, sondern sie muss in allererster Linie den allgemeinen Ernährungszustand des Kranken, das Relativverhältniss zwischen Körperlänge und Körpergewicht, den Bau des Schädels, das Verhalten seiner dem Stoffwechsel dienenden Organe, den Zustand des Herzens und des Circulationsapparates und dergl. ins Auge fassen. Diese Punkte hätten also in dem ersten Capitel abgehandelt werden müssen, und wenn der Verf. ihnen dort keine ins Einzelne gehende Besprechung geben wollte, so hätte er doch auf die

Nothwendigkeit eines solchen Ganges der Untersuchung an erster Stelle hinweisen müssen. Ich halte es nämlich für eine durchaus fehlerhafte, die Kranken häufig benachtheiligende Richtung in der heutigen Diagnostik und auch in der Therapie der Nervenkrankheiten, dass man als Ursache der Erkrankung vorzugsweise *einzelne* Schädlichkeiten anzusehen sich gewöhnt hat, und dass man die allgemeinen Ernährungsverhältnisse des Kranken, die Bilanz des Stoffwechsels und seine Störungen im Allgemeinen zu sehr oder sogar ganz vernachlässigt. Vor lauter Specialisiren und Localisiren bei der Diagnose vergisst man den kranken Menschen. Alle Finessen der neuesten anatomischen und experimentell-physiologischen Forschung — bewiesene wie unbewiesene — werden der topischen Diagnose zu Grunde gelegt, und die Therapie überbietet sich in der Auffindung neuer Mittel, die alle über kurz oder lang den Weg alles Fleisches wandeln; dabei wird aber das Nächste, Erste und Wichtigste, nämlich der Ernährungszustand des Kranken kaum eines Blickes gewürdigt. Und doch vermag die diätetische und hygieinische Behandlung der Nervenkrankheiten ausserordentliche Erfolge aufzuweisen; aber um auf diesem Gebiete Resultate zu erzielen, muss der Arzt nicht nur mit den einzelnen Factoren dieser Behandlungsmethode vertraut sein, er muss auch vor Allem seinen diagnostischen Blick in dieser Richtung geübt und geschärft, er muss gelernt haben bei der Stellung der Diagnose diese Gesichtspunkte zu Grunde zu legen. Aus diesen Gründen halte ich dafür, dass dieser Belehrung in einer „allgemeinen Diagnostik der Nervenkrankheiten" der erste Platz eingeräumt werden muss.

Der Stoff selbst wird vom Verf. vom Standpunkte seiner vollen Beherrschung vorgetragen und in der Klarheit der Darstellung beweist Möbius auch hier wieder seine bewährte Meisterschaft. Wer z. B. das Capitel über die Lähmung mit seiner durchsichtigen und präcisen Eintheilung in periphere-, Kern-, und centrale Lähmung studirt hat, wird mir rückhaltslos beistimmen.

Einzelnes ist zu weitgehend, zu „speziell" dargestellt, wie z. B. die Sprachstörungen. Dass der Verf. sich hier an das psychologisch-theoretische Schema Lichtheim's angeschlossen hat, war mir auffallend; eine so scharfe Differenzirung der aphatischen Störungen ist doch in praxi kaum je durchführbar.

Andere Capitel sind etwas zu knapp wie die Craniometrie, einzelne Theile aus dem Abschnitt über die Reflexe und Krämpfe, das Capitel über die Augenspiegelbefunde.

Alles in Allem genommen ist das Buch aber lebhaft zu begrüssen, es füllt eine bisher bestandene Lücke vortrefflich aus. Die Ausstattung ist eine der bewährten Verlagshandlung durchaus würdige und reiche.

Erlenmeyer.

---

243) **Bedford Fenwick**: On Addison's disease. (Ueber Addison'sche Krankheit.) (The British Medic. Journ. 6. Februar 1886.)

Nachdem Verf. gesagt, dass wir in der Kenntniss der übrigens recht häufigen und stets tödtlichen Erkrankung seit ihrer Entdeckung

keine wesentlichen Fortschritte gemacht hätten, gibt er eine kurze Aufzählung ihrer Symptome und beschreibt dann den Symptomen-Complex und den pathologisch-anatom. Befund eines typischen, allerdings sich durch fehlende Broncirung der Haut auszeichnenden Falles. Er kommt im übrigen auf Grund seiner Beobachtungen und des Studiums der in den letzten 16 Bänden der Transactions of the pathologic. society beschriebenen Fälle zu folgenden Schlüssen:

1. Der Tod in Folge Addison'scher Krankheit erfolgt im Durchschnitte zwischen dem 30. und 35. Jahre.
2. Männer disponiren weit mehr als Frauen zu der Erkrankung.
3. Die Fälle mit Broncefärbung der Haut führen gewöhnlich innerhalb 3 Jahren zum Tode, die ohne solche innerhalb 5 Monaten nach dem ersten Auftreten der Symptome des progressiven Asthma.
4. Die constitutionellen Symptome, die man bisher allgemein durch reflectirte Nervenreizung zu Stande kommen lässt, hängen wahrscheinlich ab von Degeneration der Marksubstanz der Nebennieren, die Braunfärbung von Degeneration ihrer Corticalsubstanz.
5. Der Tod ist möglicherweise durch Exstirpation der Nebennieren abzuwenden.

Voigt (Oeynhausen).

---

244) **Creswell Baber** (London): Remarks on the theory of bronchial asthma. (Bemerkungen zur Theorie des Bronchialasthma's.)

(The British Medic. Journ. 6. Februar 1886.)

Verf. ist geneigt das Bronchialasthma mit dem Heufieber in Parallele zu setzen; wie dies eine durch Anschwellung gewisser Nasentheile hervorgerufene Reflexneurose sei, so auch könne das Bronchialasthma durch zeitweise Congestionirung der Bronchialschleimhaut in Folge vasodilatatorischer Vorgänge erzeugt werden; doch müsse allerdings erst festgestellt werden, ob die Bronchialschleimhaut durch solche einfache Gefässerweiterungen ebenso anschwellen könne, wie die Nasenmuschelschleimhaut. Im Uebrigen spreche für seine Ansicht der innige Zusammenhang der Nasen- und Bronchialschleimhaut, das gelegentliche Auftreten nervöser Nasensymptome zu Beginn eines asthmatischen Anfalles, das Entstehen von Asthma durch gewisse auf die Nasenschleimhaut wirkende Reize u. s. w.

Voigt (Oeynhausen).

---

245) **Allman Powell**: Case of Raynaud's disease following diphtheria. (Ein Fall von Raynaud's Krankheit nach Diphtheritis.)

(The British Medic. Journ. 30. Januar 1886.)

Die vasomotorisch-trophischen Störungen, welche zu symmetrischer Gangrän (Gesicht, Zehen, Finger) Veranlassung geben, konnten im vorliegenden Falle nur Folge einer voraufgegangener Diphtheritis sein, da Pat. ein sonst absolut gesunder Mensch war. Andere nervösen Störungen fehlten. Nach Amputation verschiedener Finger vollständige Heilung.

Voigt (Oeynhausen).

---

246) Angel Money: A new symptome of megrim and epilepsie. (Ein neues Symptom der Migräne und Epilepsie.)

Das neue Symptom bestand darin, dass ein Knabe, der an vorübergehender Hemianopsie, Lichtblitzen u. s. w. litt, plötzlich ein geschriebenes oder gedrucktes Wort sich, anscheinend durch Verdoppelung einer oder mehrerer Buchstaben desselben, verlängeren sah; auch blieben negative Lichtbilder unverhältnissmässig lange bestehen. Im übrigen waren Störungen der Augenmuskeln nicht vorhanden.

V o i g t (Oeynhausen).

---

247) G. H. Roger: Deux observations de paralysie agitante accompagnée de troubles intellectuels. (Zwei Beobachtungen von Paralysis agitans begleitet von Störungen des Intellects.) (L'Encéphale Nro. 6. 1885.)

Verf. berichtet über 2 Fälle von angeblicher Paralysis agitans, die mit Geistesstörung complicirt waren, indessen kann Referent aus den mitgetheilten Krankengeschichten nicht die Ueberzeugung gewinnen, dass es sich um Paralysis agitans handelt; im ersten handelt es sich um eine Frau von 57 Jahren, die seit ihrem 22. Lebensjahre an häufig wiederkehrenden, oft längere Zeit dauernden Psychosen litt und bei ihrer Beobachtung im vorigen Jahre Zittern, namentlich der unteren Extremität darbot, welches zunahm, wenn man sich mit ihr beschäftigte und welches unter Douchen und Hyoscyaminbehandlung sich rasch besserte und allmählich fast ganz verschwand. Von Lähmung wurde Nichts beobachtet. Ebenso wenig wurde eine solche in dem zweiten Fall beobachtet, wo das Zittern ebenfalls anfallsweise auftrat.

S t o l t e n h o f f (Saargemünd).

---

248) Kopp (München): Die Trophoneurosen der Haut. Historisch-kritische, klinische und histologische Studien über die Beziehungen des Nervensystem zu Erkrankungen der Haut.

(Wien, Verlag von Braumüller 1886. 214 Seit. M. 5.)

Die äusserst fleissige Arbeit gewährt dem Leser im ersten Theil, dem historisch-kritischen, die Möglichkeit, die von einzelnen Physiologen aufgestellten Hypothesen über Regulirung der Zellenernährung auf wenigen Seiten zusammengedrängt zu lesen nebst einer nicht zu unterschätzenden, klaren Kritik aller dieser Hypothesen. Verf. weist nach, dass die besonderen trophischen Fasern (S a m u e l) weder anatomisch nachgewiesen noch für die Erklärung der Thatsachen nothwendig sind. Die vasomotorischen Theorien, sowohl die neuroparalytische Hyperämie (S c h i f f), als auch die vasoconstrictorische Theorie (B r o w n-S é q u a r d) werden als nicht genügend erklärend und den Thatsachen nicht völlig entsprechend zurückgewiesen. Die Theorie der trophischen Störungen durch Nervenreizung (C h a r c o t, W e i r - M i t s c h e l) genügt den vom V. mit Recht an eine solche Theorie gestellten Anforderungen ebensowenig, wie die Theorie der Abschwächung des trophischen Einflusses des Nervensystems (V u l p i a n). Bevor V. eigene Erklärungsversuche dem Leser darbietet, findet er sich noch mit S c h w i m m e r ab, der eine Verquic-

kung der trophischen und vasomotorischen Theorie versucht und neben trophischen Centren in der Medulla auch noch solche in den Ganglien des Sympathicus annimmt. V. erklärt es für gewagt solche Hypothesen aufzustellen, da sie durch anatomische und physiologische Befunde zu wenig gestützt seien. Er selbst nimmt einen direct trophischen Einfluss des Nervensystems auf die Ernährung der Gewebe an, der durch Ganglienzellen regulirt wird und zwar bei verschiedenen Geweben durch verschiedene Ganglienzellen mit verschiedenem Impuls. Er erachtet aber die bekannten Nervenkategorien zur Vermittlung der centralen trophischen Einflüsse für ausreichend. Obwohl trophische Störungen häufig mit vasomotorischen combinirt sind, kann doch V. in den vasomotorischen nach experimentellen und klinischen Beobachtungen nicht die Ursache für die trophischen finden, sondern nimmt lieber eine vorangehende Ernährungsstörung der Gefässwände an, die dann ihrerseits die Störungen in der Ernährung des umliegenden Gewebes bedingen. Für die trophoneurotische Natur einer Ernährungsstörung spricht nach dem V. Halbseitigkeit, symmetrische Doppelseitigkeit, peripherem Nervenverlauf entsprechende Ausbreitung, Complication mit anderweitigen nervösen Störungen und schliesslich Erkrankungen resp. Verletzungen des peripheren und centralen Nervensystems. — Im zweiten Theil, dem klinischen, bringt V. ein zu grosses Material herbei, als dass es in einem Referat genügend erwähnt werden könnte. Folgende Zusammenstellung muss genügen. Als reine Trophoneurosen sind zu betrachten: Hemiatrophia facialis progressiva, Atrophia cutis circumscripta neurotica, vielleicht die Vitiligo, Herpes zoster, Pemphigus, Sclerodermie und die Anomalien der Secretion. „Die meisten übrigen gemeinhin als Throphoneurosen betrachteten Hautaffectionen sind als Produkte complicirter Vorgänge zu betrachten, unter denen einer Störung des trophisch-nervösen Einflusses eine unter verschiedenen Verhältnissen variable Bedeutung zukommt.“ In Betreff der Einzelheiten muss auf das Buch selbst verwiesen werden, nur Erwähnung verdient noch, dass der V. durch geschicktes Einflechten von Krankengeschichten dem Leser die Möglichkeit gewährt, sich die betreffenden Krankheitsbilder leichter in's Gedächtniss zu rufen. — Im dritten, dem histologischen Theil, bestätigt V. durch Mittheilung von 14 eigenen Untersuchungen die von S. Mayer beschriebenen physiologischen Regenerations- und Degenerations-Vorgänge in den peripheren Nerven. Seine weiteren Untersuchungen ergeben als Resultat, dass artificielle Ulcerationsprozesse, die wochenlang unterhalten wurden, eine hochgradige Degeneration der peripheren Hautnerven fast gar keine in den grösseren Nervenstämmen und nie eine Veränderung in den hinteren Wurzeln verursachten. Obwohl nun V. selbst der Erb'schen Hypothese Erwähnung thut, dass functionelle, anatomisch nicht nachweisbare Störungen in den trophischen Centren des Rückenmarks anatomisch nachweisbare Veränderungen in den peripheren Nerven und dadurch in den von ihnen versorgten Geweben und Organen erzeugen können, glaubt er sich doch durch diese Untersuchungen berechtigt davor zu warnen, bei Degenerationen peripherer Nerven stets die bezüglichen Gewebs-

erkrankungen als neurotisch zu bezeichnen. Seine ferneren Untersuchungen beziehen sich auf die von Unna mitgetheilte Innervirung der Zellen des Rete Malpighii und der Stachelzellen. Ueber die erstere geht sein Urtheil dahin, die durch die Goldmethode erhaltenen Bilder als schlecht gelungene Vergoldung von interspinalen Safträumen und als vergoldete Wanderzellen, die normaler Weise in der menschlichen Oberhaut vorkommen, anzusprechen. Um die von Unna beschriebenen Nerven der Wanderlzellen, die als feine Fädchen aus den Interspinalräumen kommen, sich mit Knöpfchen an die Kerne der Stachelzellen anlegen in das Innere der Zellen eindringen zu sehen, benützte V. dünne Schnitte von in Chromsäure gehärteten Hautstückchen und färbte sie mit schwacher Indolinlösung. Obwohl nun V. die Befunde Unna's vollständig bestätigen kann, wagte er doch nicht diese Fädchen mit Bestimmtheit als Nerven zu bezeichnen. Ueber die von Unna und Bremer gemeldeten Befunde von Innervation der Capillaren, die sich zu widersprechen scheinen, wagt V. nicht zu urtheilen, da es ihm nicht gelang, diesbezügliche Bilder zu sehen. Am Schluss bietet V. nach einigen Schlussfolgerungen noch ein sehr reiches und dankendwerthes Literaturverzeichniss. Eugen Sachs.

---

249) Sanitätsbericht über die deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich 1870/71. VII. Band. Erkrankungen des Nervensystems. (Fortsetzung.)

VI. Capitel. *Erkrankungen des Nervensystems nach acuter Infectionskrankheit.*

a) *Abdominaltyphus.* Der Procentsatz der nervösen Nachkrankkeiten des Kriegstyphus war ein überaus hoher und die Friedensstatistik weit übertreffender. Die Begründung dieser Thatsache wird im Eingange dieses interessanten Capitels in sehr eingehender und ausführlicher Weise gegeben. Ausser verschiedenen Momenten wie individuelle Prädisposition, Fatigatio durch angestrengte Märsche und aufreibenden Belagerungsdienst will ich zwei Punkte hervorheben, auf welche der Bericht grossen Nachdruck legt. Der erste ist eine besondere Form des Kriegstyphus, deren Klarstellung als ein besonderer Verdienst des Oberstabsarzt Strube bezeichnet wird. Aus dessen Mittheilung geht hervor, „dass der Typhus unter unsern Soldaten im Felde eine eigenthümliche, durch geringes Fieber, heftige Cerebralerscheinungen und andere hier weniger in Betracht kommende Symptome gekennzeichnete Form annehmen konnte, welche man in Friedenzeiten nicht kannte“. Zehn Jahre später ergänzte Oberstabsarzt Fräntzel die Beobachtungen Strube's. Beide Autoren kamen zu dem Schlusse, dass der unter den oben beschriebenen Zeichen, sowie — Fräntzel — mit einer auffallenden Neigung zu Gangrän an den Extremitäten einhergehende Ileotyphus diesen seinen besonderen Charakter bestimmten individuellen Verhältnissen, nämlich der mangelhaften körperlichen Ernährung und der durch die Strapazen erlittenen Erschöpfung zu verdanken gehabt habe. Zweitens legt der Bericht grossen Nachdruck auf die *Erkältung*, „eine der fruchtbarsten Quellen für die

Entstehung von Nervenkrankheiten." Selbst wenn, wie hier wohl ohne Zweifel, nur der Einfluss einer Erkältung auf die Reconvalescenten einer acuten Infectionskrankheit gemeint ist, muss nach allgemeiner Erfahrung diese Behauptung bestritten werden. „Der oft tagelange Transport auf den Eisenbahnen war für die Erkältung wie geschaffen. Während (!) der Fahrt fingen die kaum Genesenen (?) an über Schmerzen im Rücken und den Extremitäten, über Schwere und Schwäche in den Gliedern, über dumpfe Kopfschmerzen und Muskelzittern zu klagen." — Ich bin der Meinung, dass bei diesen Patienten mit den schweren typhösen *Cerebralerscheinungen* das Moment der „oft tagelangen" *Erschütterung* durch die Eisenbahnfahrt das Maassgebende gewesen ist. Es sind im Ganzen nach Typhus beobachtet worden:

Epilepsie 22, Neuralgien bestimmter Nervengebiete 11, circumscripte Hautanästhesie 2, Acusticuslähmung 1, Sehstörungen 3, Sprachstörungen 2, Stimmbandlähmung 1, Ulnarlähmung 5, Medianuslähmung 3, Radialislähmung 1, Deldoideuslähmung 2, Lähmung der kleinen Handmuskeln 3, isolirte Serratuslähmung 2, Lähmung der Schultermuskeln 2, Peroneuslähmung 3, Lähmung einer ganzen Extremität 17, gekreuzte Extremitätenlähmung 1, Paraplegie 17, Hämatomyelie 1, Landry'sche Paralyse 1, Hemiplegia spinalis 3, Hemiplegia cerebralis 9, Monoplegia cerebri 1, Kleinhirnaffection 1, progressive Muskelatrophie 1, wahre Muskelhypertrophie 3, Dystrophia muscul. progressiva 1, Tabes 2, multiple Sclerose 1, acute Ataxie 2, Paralysis agitans 3, Tremor 1, Chorea 1, Contractur 3, vasomotorische Störungen 2 — im Ganzen 134 Fälle auf 65301 Typhusreconvalescenten. —

Am interessantesten ist der Fall von Dystrophia muscularis progressiva (juvenile Muskelatrophie), der früher schon als „Hypertrophie eines Armes" beschrieben ist (von Hitzig) über den jetzt in dem Bericht das Sectionsergebniss (Dr. Jürgens) mitgetheilt wird, welches neben der *Myositis* auf eine *Sympathicus-Erkrankung* hinausläuft. Ich kann auf den sehr eingehend beschriebenen durch Abbildungen illustrirten Fall nicht näher eingehen und citire nur aus dem mikroscopischen Sectionsbefund (pag. 219). „Weder in den Vorderhörnern noch in anderen Regionen des R.-M. fand sich eine Erkankung der Nervenzellen vor. Die vorderen Wurzeln intact; ebenso die Oblongata. Von den Ganglien des Sympathicus fehlt rechts das Medium, das infimum und supremum sind auffallend klein. Links erscheint das Gangl. inf. etwas grösser als rechts, aber doch noch kleiner als normal, auch das medium und supremum erreichen nicht die übliche Grösse. Die Stämme des Sympathicus sind rechts und links von reichlichem Fettgewebe eingehüllt und zeigen schon makroscopisch eine bedeutende Verdünnung gegenüber dem Stamme eines normalen Smpathicus. Mikroscopisch: In einzelnen Stellen liegen dicht nebeneinander eine Reihe ganz normaler Ganglienzellen, in anderen Regionen sind alle Zellen insgesammte *degenerirt.* Im Stamm des Sympathicus: Schwund der Fasern, Entwicklung von serösem Bindegewebe in der Umgebung der noch erhaltenen Fibrillen, leichte Kernwucherung an der Schwann'schen Scheide u. s. w."

b) *Ruhr.* Es kamen zur Kenntniss Epilepsie 5, Trigeminusneuralgie 1, Aphasie 1, Lähmung einer Extremität 2, Paraplegie 6, Hemiplegia spinalis (?) 2, Hemipl. cerebralis 4, Tabes 2, multiple Sclerose 1. spast. Spinalparalyse 1, Diabetes 1, Asthma 1, Tremor 1, trophische Hautveränderung 1 — im Ganzen 29 Fälle.

c) *Pocken.* Es bleibt ein unbestrittenes Verdienst Westphal's die Pathogenese der Pockenlähmungen klar gestellt zu haben. Seine Angabe, dass ein Theil der motorischen Lähmungen, meist die Beine betreffend, seltener die Blase, auf entzündlichen, zerstreuten Rückenmarksherden beruht, wurde bestätigt. Die Invalidenacten enthalten im Ganzen nur 11 Fälle postvariolöser Innervationsstörungen, welche sich auf 8063 Pockenkranke vertheilen — ein sehr geringer Procentsatz. Mitgetheilt sind 3 Fälle: a) Lähmung des rechten Arms mit Atrophie der Schulter. b) Schielen, Sprachstörung, geistige Schwäche, Parese des r. Arms ohne Atrophie. Störungen beim Gehen. c) Lähmung der Unterextremitäten.

d) *Anhang. Diarrhoe, Diphtherie und Intermittens.*

Nach heftigen und anhaltenden Diarrhoen kommen passagere Lähmungen vor, die Leyden für örtliche Reflexlähmungen hält, da Symptome und Verlauf weder an eine Affection des R.-M. noch an eine Neuritis denken lassen. Er glaubt, dass in Folge des Darmreizes und des Wasserverlustes Contraction der Blutgefässe in den Unterextremitäten, vielleicht auch im R.-M. eintritt.

Ein Soldat bekam nach Cholerine Epilepsie, ein anderer nach fieberlosem Durchfall Paraplegie (O. Berger). Nach Dyphtherie ist ein tödtlich endender Fall angeführt von „rasch von unten nach oben fortschreitender Paralyse", und eine seltene Form: eine auf einen Arm beschränkte Atrophie. Nach Intermittens trat eine Quintusneuralgie auf, die nicht heilte. Der Pat. starb kachektisch im August 1874.

(Fortsetzung folgt.)

Erlenmeyer.

---

250) Henry Sutherland: The premonitory symptom of insanity. (Vorläufer der Geisteskrankheit.) (The British Medic. Journ. 30. Jan. 1886.)

Verf. macht darauf aufmerksam, wie nothwendig es sei, in Fällen von Geisteskrankheit die Anamnese festzustellen. In dieser Hinsicht sei namentlich auf folgende häufige Vorläufer von Geisteskrankheiten zu achten: Reizbarkeit und Empfindlichkeit, die oft mit mürrischer Laune und Schweigsamkeit, andere Male mit beständigem Zanken und Schalten einhergehen; unbegründetes Misstrauen und Eifersüchtelei; Hang, seine Verhältnisse zu über- oder unterschätzen; Verlust des Gedächtnisses, in Folge dessen oft Vernachlässigung der eigenen Körperpflege; Veränderung des Gesichtsausdruckes, der Haltung, des Ganges, der Haut, der Zunge, des Pulses u. s. w.; Kopfschmerz; abnorme Erscheinungen in der Geschlechtssphäre; Veränderungen der Katamenien, Abnormitäten in der Sphäre der höheren Sinnesorgane; Aenderungen der Stimme und Articulation u. s. w. — Schliesslich gibt Verf. einen kurzen Ueberblick über die Arten der einzuschlagenden Behandlung.

Voigt (Oeynhausen).

---

251) **E. Shuttleworth** (Manchester): Clinikal lecture on Idiocy and Imbecility. (Idiotie und Imbecillität.)

(The British Medic. Journ. 30. Januar 1886.)

Nachdem der Vortragende den Unterschied zwischen Irresein und Idiotismus klar gestellt — ersteres ist eine Krankheit, letzterer ein Defect — und einige statistische Notizen über die Idioten Englands gegeben, betont er, dass es nicht nothwendig sei, dass das Idioten-Gehirn subnormale Grösse habe, obgleich in der Mehrzahl der Fälle die betreffenden Kranken in der körperlichen Entwickelung sehr zurückbleiben. Sodann gibt er folgendes von ihm entworfene Schema, dessen Typen er an verschiedenen Idioten erläutert:

I. Fälle, in welchen der Idiotismus angeboren ist.

Typus: 1. Microcephalischer, 2. Hydrocephalischer (auch nicht angeboren!) 3. Scrofulöser (Mongolen-Typhus) 4. Sensorieller (Blinde und Taube werden oft bei mangelndem Unterrichte zu Idioten). 5. Primär-Neurotischer (ererbte abnorme Erregbarkeit, Unfähigkeit zu jeder geistigen Arbeit u. s. w. 6. Paralytischer (auch nicht angeboren). 7. Choreatischer (auch nicht angeboren). 8. Cretinismus. a. sporadisch. b. endemisch.

II. Fälle, in welchen der Idiotismus nicht angeboren ist; er entstand.

a) *Auf dem Wege der Entwickelung.* Typus: 9. Eclamptischer. 10. Epileptischer. 11. Syphilitischer. 12. Postfebriler (auch öfters zufällig.

b) *Durch Unglücksfälle etc.* Typus: 13. Toxischer. 14. Traumatischer. 15. Durch starke Erregungen (Shock, Schreck etc.) erzeugter.

c) *Durch Zusammentreffen verschiedener Ursachen.* Betreffs der Behandlung sagt Verf., dass dieselbe nach den Séguin'schen Grundsätzen zu geschehen habe und vor allem und zunächst die physische Besserung anzustreben sei. Voigt (Oeynhausen).

---

252) **Hack Tuke:** Case of moral insanity as congenital moral defect, with commentary. (Ein Fall von Moral Insanity oder angeborenem moralischen Defect, mit Erläuterung. (The journal of mental science October 1885.)

B. ist 1843 geboren, wanderte im 10. Jahre nach Canada mit seinem Vater aus. Wie er bis dahin war, ist nicht bekannt, die Angaben über ihn machte seine Stiefmutter, die ihn erst in dem Alter von 10 Jahren kennen lernte. Sie schildert ihn als mürrisch, faul und tückisch und immer geneigt, seine jüngeren Geschwister zu quälen und Thiere zu martern. Eines Tages nahm er seinen jüngeren Bruder zum Beerenpflücken mit in den Wald, entkleidete ihn an einem abgelegenen Orte und peitschte ihn mit Ruthen auf das Grausamste. Dann kratzte und biss er ihn in Arm und Brust und würde ihn wahrscheinlich, wie er drohte, getödtet haben, wenn nicht durch das Geschrei des Kindes Hülfe herbei geeilt wäre. Kurz darauf tödtete er ein werthvolles Pferd durch Schnitte in den Hals und wiederholte dies in der Folge so oft, dass die Nachbarschaft in Panik gerieth. In gleicher Weise

tödtete er das Geflügel in den Ställen. Bei einer Gelegenheit wurde er ertappt und zu 12 Monaten Gefängniss verurtheilt. Nach der Rükkehr suchte er trotz Ueberwachung eines seiner Geschwister in den Betten zu ersticken und wurde einige Zeit darauf mit einer seinem Vater gestohlenen Geldsumme flüchtig. Er erhielt hierfür 7 Jahre Gefängniss, die er zum Theil in der mit diesem verbundenen Irrenstation abbüsste. Nach der Entlassung liess er sich in den vereinigten Staaten als Cavallerist anwerben, desertirte aber bald, nachdem er sein Pferd in einen Sumpf getrieben hatte und kehrte zu seiner Familie zurück. Als sich sein Vater in seiner Gegenwart heftig in die Hand schnitt gerieth B. in einen Zustand auffallender Unruhe mit Zittern und Blässe, schlich sich in der augenblicklichen Verwirrung seiner Angehörigen davon und tödtete ein Pferd eines Nachbarn durch Messerschnitte in den Hals. Nach der That hielt er sich im Walde versteckt und beging Nothzucht an einem jungen Mädchen, das den Wald passirte. Anfänglich zum Erhängungstode verurtheilt, wurde er zu lebenslänglicher Haft begnadigt und brachte wieder einen Theil derselben im Asyl zu. Sonderbarerweise wurde ihm nach 10 Jahren der Rest der Strafe erlassen. Auf dem Heimwege tödtete er ein Pferd in der Weise, dass er es an einen Telegraphenpfahl band und ihm Schnitte in Hals, Bauch und Zunge beibrachte. Er wurde jetzt in eine Irrenanstalt versetzt. Nach 5 Jahren gelang es ihm, zu entfliehen und auf der Flucht fast vor den Augen der nachsetzenden Wärter versuchte er ein kleines Mädchen zu nothzüchtigen. Trotz seiner Lebensgeschichte erhielt er 6 Monate Gefängniss, die er noch verbüsste. Von den zahlreichen Vergehen gegen Gesetz und Ordnung im Gefängniss, in der Anstalt und in seiner Familie seien nur angeführt, dass er einmal versuchte, einen Blödsinnigen zu castriren, einem Anderen ein Messer in den Unterleib stiess, alle erreichbaren Thiere marterte, seine Zimmergenossen zu sexuellen Ausschweifungen verleitete und einmal auf seine Stiefmutter, an die er allein noch einige Anhänglichkeit zeigte, eine sexuelle Attaque machte. Seine Intelligenz war dabei eine nicht geringe.* Die auffallende Veränderung beim Anblick von Blut, die regelmässig von heftigem Triebe zu Blutthaten gefolgt war, wurde mehrfach beobachtet.

Matusch (Sachsenberg).

253) **Perci Smith**: Two cases of moral insanity. (Zwei Fälle von Moral Insanity.) (The journ. of ment. scien. October 1885.)

Die Fälle sind insofern von Interesse als sie in ziemlich gleicher Erscheinungsform Vater und Sohn betrafen.

Matusch (Sachsenberg).

254) **W. B Goldsmith** (Massach.): A case of moral insanity, with removal of ovaries and recovery. (Fall von Moral Insanity, Heilung nach Castration.) (The americ. journ. of insanity. October 1885.)

Der Fall betrifft ein Mädchen, das nach Scharlachfieber mit wochenlangen Delirien und Convulsionen im 7. Jahre an Moral ins.

erkrankte. In den ersten Jahren seit der Erkrankung waren die Erscheinungen wesentlich Unbändigkeit, Verlogenheit und Neigung zu sexuellen Uebertretungen. Die Erziehung in Asylen, auch die Versetzung in eine Anstalt (Tanaton) besserten nichts, später etwa vom 14. Jahre ab stellte sich eine gewisse Periodicität ein, insofern die Menstruation häufig stärkerer Erregung voranging. Sie begann mit Klagen über Kopfweh und mit dumpfen Schmerzen in der reg. iliac., besonders rechts, dann verfiel die Kranke in heftige Unruhe mit lautem Schreien, rücksichtsloser Gewaltthätigkeit und erotischem Gebahren. Regelmässigkeit in den Anfällen war indess nicht vorhanden und sie konnte sich beherrschen, wenn es ihr passend schien. Neben diesen bestanden mannigfache nervöse Erscheinungen. Die Ovarien waren druckempfindlich. G. beschloss, nachdem sich alle Heilversuche erfolglos erwiesen hatten, die Ovarien zu entfernen. Seit der Operation sind 15 Monate verflossen, ohne dass sich eine Alienation wieder gezeigt hat, die Operirte nennt sich selbst „eine ganz andere geworden". Menstruation ist nicht wieder eingetreten. Die Ovarien erwiesen sich übrigens — auch microscopisch — normal.

Matusch (Sachsenberg).

---

255) **Statistique du mouvement des aliénés de la Seine de 1801 à 1883. (Statistik der Bewegung der Geisteskranken im Seine-Departement von 1801—1883.)** (Ann. méd. psycholog. November 1883.)

Am 1. Januar 1801 betrug die Zahl der auf öffentliche Kosten unterhaltenen Geisteskranken im Seinedepartement 945 bei einer Bevölkerung der Stadt Paris von 600,000 Einwohner, am 31. Dezember 1883 dagegen 8,907 (also 7,961 mehr) bei einer Bevölkerung der Stadt von 2,237,928 (Zählung von 1881). Der Durchschnittszuwachs an Geisteskranken betrug jährlich 95. Bis 1866 überwog die Zahl der Aufnahmen der Frauen die der Männer, welches Verhältniss jetzt umgekehrt ist (56 pro 100 für die Männer, 44 pro 100 für die Frauen). Die Zahl der Aufnahmen betrug im Jahr 1883 3009 (272 weniger als im Vorjahr), von denen 2692 zum ersten Male aufgenommen wurden.

Otto (Dalldorf).

IV. Aus den Vereinen.

I. Ophthalmological Society of the united Kingdom.

Sitzung vom 28. Januar 1886. (The Britsh Medic. Journ. 6. Februar 1886.)

256) **E. Nettleship:** Meningitis after excision of the eyeball. (**Meningitis nach Enucleation.**)

Der Vortragende hat aus Veranlassung eines Falles, in welchem der Kranke 75 Stunden nach Excision eines durch Katarakt-Operation in Entzündung versetzten Augapfels an Meningitis starb, 29 Enucleationsfälle analysirt und dabei Folgendes gefunden:

In der Mehrzahl dieser betreffenden operirten Fälle (26 von 30) endigte die Meningitis mit dem Tode. Sie zeigte ihre ersten Symp-

tome am häufigsten innerhalb 48 Stunden nach der Enucleation, betraf meistens die Hirnbasis und schien microskopisch — es wurden nur 18 Fälle secirt — nicht direkt von dem Stumpfe aus fortgepflanzt zu sein; nur zuweilen war dabei die Stirnpartie, namentlich auf der Seite des operirten Auges stärker ergriffen; 2 mal wurde zugleich Thrombose der sin. cavern. gefunden; in 4 Fällen gab das Microscop Entzündung in oder um den N. opticus, in einem 5. Entzündung des N. abducens. — Es ist wohl kaum zweifelhaft, dass es sich in den betreffenden Fällen um Fortleitung des Krankheitsprocesses von der orbita aus handelt. Verf. empfiehlt daher mit Recht gute Antisepsis und Drainage. Voigt (Oeynhausen).

II. Midland medical Society.

Sitzung vom 20. Januar 1886. (The British medic. Journal 6. Feb. 1886.)

257) **Suckling:** Opthalmoplegia externa cured by jodide of potassium.

Ein 67 jähriger, nie syphilitischer Mann wurde von einer angeblich durch Erkältung entstandener Lähmung der vom rechten N. oculomot., sowie vom linken N. oculomot. und abducens innervirten Muskeln durch grosse Dosen Jodkalium schnell geheilt.

258) **Simon:** Case of Athetosis.

Die 24 jährige Kranke, welche seit ihrem 2. Lebensjahre an Hemiplegia sinist. litt, fing in ihrem 7. an zu gehen (pes equino-varus) und litt zugleich an noch immer bestehender Athetose der linken Hand. Der linke Arm ist kürzer als der gesunde und in Folge der athetotischen Bewegungen hypertrophisch.

Voigt (Oeynhausen).

III. Sunderland and North Durham Medical Society.

Sitzung vom 21. Januar 1886. (The British Medic. Journ. 6. Febr. 1886.)

259) **D. Squanze** zeigte ein zufällig an einem amputirten Arme gefundenes *Neurom des nerv. median.*, das fast wallnussgross war und hauptsächlich aus fibrösem Gewebe bestand.

260) **D. Lowe:** The influenze of the sympathetic nervous system in hemicrania. Der Vortragende empfiehlt gegen Migräne, da dieselbe auf Angioparalyse beruhe, eine Combination von Bromkali, Ergotin und Belladonna, sowie von Chinin und Ergotin.

Voigt (Oeynhausen).

IV. Sheffield Medico-Chirurgical Society.

Sitzung vom 17. Dezb. 1885 und 14. Januar 1886. (The Britisch Medic. Journ. 6. Februar 1886.)

261) **Thomas** und **Porter** berichten verschiedene Fälle von *Bleivergiftung durch Sheffielder Trinkwasser*, das durch eine längere Bleirohrleitung geflossen war. Porter leitet die Schwierigkeit, zu bestimmen, welche Minimalmenge an Blei das Trinkwasser haben müsse, um Vergiftung hervorzurufen, von dem Unterschiede in der individuellen Empfindlichkeit ab (Gicht z. B., früherer Bleigenuss u. s. w. wirkt

prädisponirend); im übrigen meint er, dass ein gewisser Gehalt des Wassers an irgend einer Säure (Kohlensäure) wohl Veranlassung zur Auflösung von Theilen des Bleirohr's geben könne. Dieser Ansicht stimmt White zu (derselbe sah ebenfalls 20 Fälle von Bleivergiftung durch das Sheffielder Trinkwasser); er fand, dass ein solches Wasser durch Kohlen- und andere Filter leicht bleifrei gemacht werden kann.

262) **Hunt** berichtet folgenden Fall: Der 22 jährige Mann litt, nachdem er schnell von einem *acuten Gelenkrheumatismus* geheilt war, an heftigem constanten Kopfschmerz dem fast 2 Jahre später der erste *epileptische Anfall* folgte. Nach bedeutender Verschlimmerung der Epilepsie wurde er 4 Jahre später in Folge einer abermaligen rheumatischen Gelenkerkrankung von der Epilepsie anscheinend für immer befreit. Voigt (Oeynhausen).

V. Miscellen.

Die Idiotenfürsorge in Braunschweig und Reuss.

263) H. **Kielhorn** (Braunschweig): Die Hilfsklassen für schwachbefähigte Kinder in Braunschweig. (Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachs. und Epilept. I. Jahrg. Nro. 3.)

Die Stadt Braunschweig, welche etwa 80 bis 90 halbidiotische Kinder aufzuweisen hat, — also auf 1000 Einwohner etwa 1, — gehört zu den wenigen Communen, die eine besondere Schule für schwachbefähigte und imbecile Kinder eingerichtet haben, um auf diese Weise einerseits die gewöhnlichen Schulen von allen diesen störenden und hemmenden Elementen zu befreien, andererseits diese von der Natur so stiefmütterlich behandelten Individuen durch einen geeigneten Unterricht noch möglichst brauchbar für das praktische Leben zu machen. Vollidioten sind von dem Besuche der Hilfsschule ausgeschlossen. Das Hauptgewicht wird auf den Anschauungsunterricht gelegt, daneben ist man bemüht, den Kindern möglichst ausgiebig die Erlernung mechanischer, handwerksmässiger Fertigkeiten zu ermöglichen. Die Erfolge, welche die Schule bis jetzt erzielt hat, sind zwar noch recht bescheidene, dürften aber doch dazu ermunteren, auf dem eingeschlagenen Wege muthig vorwärts zu schreiten. Reinhard (Hamburg).

---

264) H. **Metz** (Langenhagen): Wie sorgt Reuss ä. L. für seine Idioten? (Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachs. und Epilept. I. Jahrg. Nro. 3.)

Wir entnehmen dem Aufsatz als einzig wissenswerthe Mittheilung, dass Reuss ä. L. bislang noch keine Idiotenanstalt besitzt, auch wohl so bald noch keine bekommen wird, dass man dort hofft, mit Sachsen-Altenburg einen Vertrag zu Stande zu bringen, wonach künftig die Idioten des Fürstenthums Reuss in die demnächst vollendete altenburgische Blödenanstalt zu Roda aufgenommen werden können. Bisher hat man sich gezwungen gesehen, von Fall zu Fall Versuche zur Unterbringung der Schwachsinnigen und Idioten zu machen. Ein Theil derselben fand bisher Aufnahme in der Königl. Sächsischen An-

stalt Hubertusburg. Eine Statistik des idiotischen Bevölkerungstheils des Fürstenthums Reuss existirt nicht. Die übrigen Bemerkungen des Verf.'s haben kein Interesse. Reinhard (Hamburg).

VI. Tagesgeschichte.

Die XI. Wanderversammlung süddeutscher Neurologen und Irrenärzte wird am 22. und 23. Mai in Baden-Baden stattfinden. Anmeldungen von Vorträgen nehmen die Geschäftsführer, Geheimer Hofrath Dr. Bäumler Professor in Freiburg i. B. und Dr. Fischer in Illenau entgegen.

Verein der deutschen Irrenärzte. Der Vorstand hat in einer Conferenz am 26. März cr. zu Frankfurt a. M. beschlossen, die diesjährige Versammlung des Vereines im Anschlusse an die Naturforscher-Versammlung zu Berlin abzuhalten und zwar am 17. September cr. Vormittags 9½ Uhr im Auditorium Nro. 5. der Universität. Vorläufig zur Besprechung angenommene Themata: Ueber die Grundsätze der Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken (Ref. von Gudden). Ueber das „Open-Door-System" in Schottland (Ref. Siemerling). Ueber mechanische Behandlung der Dem. paral. (Ref. von Gudden). Zu weiteren Vorträgen ladet der Vorstand ein und bittet, sie bis zum 1. August cr. bei Herrn Geh.-San. Dr. H. Laehr, Zehlendorf bei Berlin, gefälligst anzumelden. Im Laufe des August cr. wird die definitiv festgestellte Tagesordnung versendet werden. Es ist ausnahmsweise nur eine Sitzung in Aussicht genommen.

VII. Personalien.

Offene Stellen. 1) Sorau, Assistenzarzt, 2000 M., freie Wohnung, Heizung etc. 2) Allenberg (Ostpreussen), III. Arzt (Assistenzarzt), sofort, 1200 M. und freie Station. 3) Hildesheim, Assistenzarzt, 900 M. und fr. Stat. I. Cl. 4) Königslutter, 3. Assistenzarzt, 1000 M. und freie Station. 5) Bunzlau, III. Arzt, 15. Mai, 1500 M. und freie Station. 6) Klingenmünster, II. Assistenzarzt, sofort, 1200 M. und freie Station. 7) Dalldorf, Volontairarzt, sofort, 600 M. und freie Stat. 8) Brieg (Schlesien), II. Arzt, 1. Mai, 1800 M. und freie Wohnung etc. 9) Rybnik, Assistenzarzt, sofort, 1500 M. und freie Station. 10) Uckermünde (Pom.), II. Arzt, sogleich, 2700 M. und freie Familienwohnung etc. 11) Bonn (Prov. Irren-Anstalt), Volontairarzt, 1. Juli, 600 M. und freie Station. 12) Roda (Sachs.-Altenburg), Assistenzarzt, sofort, 1000 M. und freie Station.

Ernannt. Dr. Henningsen, II. Arzt der Irrenanstalt in Schleswig zum Sanitätsrath.

Berichtigung

zu Seite 200 des Centralblattes Zeile 6—7 von unten:

und auf diesen Wirkungen beruht der antidotische Einfluss des Coffeins. Schliesslich weist Vortrag. hin auf die Wichtigkeit des Coffeins bei Vergiftungen etc.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke“ zu Bendorf bei Coblenz.

9. Jahrg. 15. Mai 1886. Nro. 10.

Inhalt.

I. Originalien.

I.

Beiträge zur Wirkung des Urethan bei Geisteskranken.

Von Dr. R. OTTO und Dr. W. KOENIG in Dalldorf.

Das Urethan, der Aethylaether der Carbaminsäure, bildet weisse, in Wasser leicht lösliche Krystalle mit eigenthümlichem salpeterähn-

lichem Geschmack und ohne besonderen Geruch. Es wurde zuerst von Schmiedeberg[1]) an Thieren und von Jolly an Menschen versucht und dabei die hypnotische Wirkung desselben konstatirt. Demnächst prüften von Jaksch[2]) und Sticker[3]) das Urethan, ersterer in Dosen bis zu 1 Gr., letzterer bis zu 4 Gr., bei körperlich Kranken verschiedener Art. Bei Geisteskranken wurde das neue Mittel bisher von Jolly nach einer Angabe Schmiedeberg's und weiter von Kraepelin[4]) angewandt. Letzterer versuchte meist Dosen von 1—3 Gr., ohne dabei jemals unangenehme Nebenwirkungen zu sehen, und fand in den Aufregungsstadien der Paralyse die kleineren Dosen häufig unwirksam, während die grösseren wenigstens in 60% der Fälle einen befriedigenden Erfolg zeigten. Bei grosser Erregung hatten die angegebenen Dosen keinen Effekt. Günstiger waren die Resultate bei melancholischen Zuständen, auch solchen mit grösserer Beängstigung, und zwar waren 77% Erfolge zu verzeichnen. Es empfiehlt sich daher nach des letztgenannten Autors Meinung das Urethan zunächst für leichtere Aufregungs- und Depressions-Zustände.

Das Material, welches den Verfassern zu ihren Untersuchungen über die Wirkung des Urethans bei Geisteskranken diente, bestand aus Kranken der Abtheilung für sieche Irre und Epileptische zu Dalldorf. (Dirigirender Arzt: Herr Medicinalrath Dr. Sander.) Auf der *Frauenabtheilung* (Dr. Otto) wurde das Urethan bei Erregungszuständen im Verlauf der Paralyse, die in allen Fällen heftiger Natur waren, ferner bei leichten Depressionszuständen und ängstlichen Erregungen Epileptischer und Hysterischer, endlich bei lebhafteren Aufregungszuständen idiotischer Kinder angewandt. Es wurden in den 23 Fällen 252 Dosen gegeben und zwar wurde das Mittel (von Kahlbaum bezogen) in wässeriger Lösung verabreicht. In 6 Fällen weiblicher Paralyse mit heftigen Erregungszuständen wurden 67 Dosen gegeben und es zeigte sich bei Dosen von 2—4 Gr. nur in der Hälfte der Fälle eine befriedigende schlafbringende Wirkung. Bei Steigerung der Dose bis auf 6—8 Gr. änderte sich an diesem Resultate nichts, während üble Nebenwirkungen öfter zu konstatiren waren. Bei 10 Epileptischen mit leichter Depression, Angst war die Wirkung günstiger. Unter 55 Dosen war in 77% ein Erfolg zu verzeichnen und zwar nahm die Wirkung mit steigender Dosis zu, indem bei Dosen von 2 Gr. 58%, bei Dosen von 6 Gr. 83% Erfolge waren. Jedoch auch hier zeigten sich bei steigender Dosis unangenehme Erscheinungen, welche von der weiteren Anwendung grösserer Dosen abhalten mussten. Am günstigsten gestalteten sich die Verhältnisse bei den idiotischen Kindern von 4, 5 und 10 Jahren mit lebhaften Erregungszuständen.

---

[1]) Separatabdruck aus dem Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie Bd. XX.

[2]) von Jaksch: Urethan, ein neues Hypnoticum. Wiener med. Blätter 1885. Nro. 33.

[3]) Sticker: Das Urethan als Hypnoticum. Deutsch. med. W. 1885. Nro. 48.

[4]) Kraepelin: Zur Wirkung des Urethans. Neurolg. Centralblatt 1886. Nro. 5.

Hier wurden bei 113 Dosen — für die jüngeren 0,5—1 Gr., für den älteren 1,5—3 Gr. — in 91% eine befriedigende Wirkung ohne üble Nebenerscheinungen gesehen. Bei einigen Fällen von seniler Demenz und Paranoia hallucinatoria mit heftiger Erregung und Angstzuständen hatten Dosen von 3—6 Gr. noch nicht in der Hälfte der Fälle eine Wirkung.

Was die genannten üblen Nebenwirkungen betrifft, so klagten die intelligenteren Epileptischen sehr häufig über Uebelkeit kürzere oder längere Zeit nach dem Einnehmen und zwar meistens bei den grösseren Dosen. Es trat auch öfter Erbrechen ein und die Kranken äusserten bald Abneigung gegen das Mittel, obschon sie über den Geschmack desselben an und für sich nicht viel zu klagen hatten. Bei einigen dieser Kranken, welche das Urethan in grösseren Dosen längere Zeit brauchten, trat Appetitlosigkeit ein und nöthigte zum Aussetzen des Mittels. Bei den paralytischen Kranken waren auch wiederholt nach den grösseren Dosen Erscheinungen von Seiten des Magens, insbesondere Erbrechen, zu konstatiren. Uebrigens hat Schmiedeberg[1]) schon die Beobachtung gemacht, dass bei Hunden die Einspritzung grösserer Mengen Urethans in den Magen leicht Erbrechen verursacht. Weitere üble Nebenwirkungen zeigten sich, während der allerdings nur kurzen Versuchszeit hierselbst nicht. Doch dürfte die etwaige chronische Wirkung des Urethans, vielleicht selbst bei kleineren Dosen, aller Beachtung werth sein insbesondere in Bezug auf den Verdauungstraktus.

Controllversuche mit Chloral (2 Gr.) oder Paraldehyd (6 Gr.) bei denselben Kranken fielen entschieden zu Ungunsten des Urethans aus. Die Wirkung selbst grösserer Dosen Urethans war eine procentarisch schlechtere und die Kranken selbst zogen den Paraldehyd trotz des Geschmacks und Geruchs dem ersteren vor, da sich üble Erscheinungen auch bei längerem Gebrauche grösserer Dosen Paraldehyd's nicht zeigen.

Es ist demnach das Urethan selbst in Dosen von 4—8 Gr. bei stärkeren Erregungszuständen paralytischer Frauen von zweifelhafter Wirkung. Dagegen lässt es sich bei nicht heftigen Depressionszuständen und Angst Epileptischer in Dosen von 2—4 Gr. etwa empfehlen. Höhere Gaben sind wegen der unangenehmen Erscheinungen, die sich häufig dabei von Seiten des Magens geltend machen, nicht anzuwenden. Entschieden empfehlenswerth dürfte endlich das Urethan für Erregungszustände idiotischer Kinder sein, zumal da es von denselben auch in relativ grösseren Dosen besser vertragen zu werden scheint.

Die Versuche auf der *Männerabtheilung* (Dr. Koenig) erstreckten sich auf 23 Paralytiker, 5 Verrückte, 2 Epileptiker, 2 Maniakalische und 2 chronische Alcoholisten, in Summa 34 Fälle. Die Anzahl der Dosen betrug 598. Die Grösse derselben richtete sich nach dem Grade der Erregtheit.

---

[1]) l. c. S. 9.

Ich habe das Material in 2 Gruppen eingetheilt, und unterscheide bei jeder derselben leichte, mittelschwere und schwere Erregungszustände.

Erste Gruppe: Paralytiker. Es wurden erzielt in leichten Erregungszuständen bei einer Dosirung von 3—4 Gr. $76^0/_0$ Erfolge.

In mittelschweren Erregungszuständen bei einer Dosirung von 5—$7^1/_2$ Gr. $55^0/_0$ Erfolge.

In schweren Erregungszuständen bei einer Dosirung von 10—$12^1/_2$ Gr. $42^0/_0$ Erfolge.

Einmal wurden 15 Gr. pro dosi gegeben, wodurch ein 3 stündiger Schlaf erzielt wurde, scheinbar ohne üble Nebenwirkungen.

Die zweite Gruppe umfast die übrigen 17 Fälle. Auch hier richtete sich die Grösse der Dosen nach dem Grade der Erregtheit.

Es wurden beobachtet bei Gaben von 3—4 Gr. $67^0/_0$ Erfolge.
" " " $7^1/_2$—10 " $75^0/_0$ "
" " " 10—$12^1/_2$ " $75^0/_0$ "

Nebenwirkungen: In 9 Fällen (7 Paralysen, 1 chron. Alcoholist und 1 Epileptiker) traten gastrische Störungen auf, bestehend in Appetitlosigkeit, Uebelkeit und Erbrechen. Bei einem (chron. Alkoholisten) schon nach 7 tägigem Gebrauch von 3 Gr., bei einem anderen (Epileptiker) nach 4 tägigem Gebrauch von 5—$12^1/_2$ Gr., bei den übrigen (Paralytikern) nach 8—14 tägigem Gebrauch grösserer (5—$12^1/_2$ Gr.) Dosen.

Ausserdem zeigten einige Paralytiker nach längerem (3—4 wöchentlichem) Gebrauche von grösseren Gaben (5—$12^1/_2$ Gr.) einen auffallenden Stupor, von dem ich allerdings nicht mit Bestimmtheit sagen kann, ob oder wie weit er auf Rechnung des Urethans zu setzen ist (chronische Intoxication?). Uebrigens spricht auch Schmiedeberg[1]) von katalepsieartigen Zuständen nach Urethan bei Kaninchen und Tauben.

Was die Anwendung des Urethans anbetrifft, so kann ich aus meinem Material nur Schlüsse für die Paralyse ziehen, da die übrigen Formen der Geistesstörungen in zu geringer Anzahl vertreten sind.

Man kann es versuchen bei leichten Erregungszuständen, in Dosen von 3—4 Gr., wobei man jedoch sorgfältig auf den Verdauungstractus achten sollte. Bei schwereren Erregungszuständen ist es selbst in Dosen von 10—$12^1/_2$ Gr. sehr unzuverlässig, erregt leicht Magencatarrh und endlich ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass es bei längerem Gebrauche cerebrale Störungen hervorrufen könnte. Auf diesen Punkt wäre jedenfalls das Augenmerk zu richten.

Im Allgemeinen halte ich das U. bei der Paralyse für ein ziemlich überflüssiges Mittel, da wir doch in dem Paraldehyd ein viel sichereres Medicament haben, welches nach meinen bisherigen Erfahrungen gut vertragen wird, selbst, wenn man es in grossen Dosen (bis zu 10 Gr.) längere Zeit hindurch gibt.

1) l. c. p. 8.

II.

Zur Wirkung des Urethan bei subcutaner Anwendung.

Von Dr. HANS ROTTENBILLER,
Secundararzt der Engelsfelder Irren-Pflegeanstalt zu Budapest.

Die zumeist günstigen Berichte von v. Jaksch[1]), Sticker[2]) und neuestens von Kraepelin[3]) über ihre mit dem von Schmiedeberg auf Grund physiologischer Untersuchungen zuerst als Hypnoticum empfohlenen Urethan gemachten Versuche, bestimmten mich, mit demselben meinerseits auch bei den in unserer Anstalt befindlichen, wohl nur unheilbaren Geisteskranken Versuche anzustellen. Ich that dies umso eher, da es erfreulich wäre, wenn wir endlich ein Mittel finden würden, welches das in unseren heimischen Anstalten so allgemein gebrauchte Chloralhydrat mit seinem schädlichen Einflusse auf das Herz und das vasomotorische Nervensystems mindestens theilweise verdrängen könnte.

Das Urethan ist, wie bekannt der Aethylaether der Carbaminsäure, es bildet weisse glänzende Krystalle, welche in Wasser, Alcohol und Aether löslich sind.

Ich machte mit demselben Versuche bei 14 Patienten in 240 Einzelfällen. Von diesen 14 waren 6 einfach Blödsinnig, 1 senile Demenz, 1 Idiote, 1 chron. Vesanie, 1 Epilepsie und 4. progr. Paralyse.

Ich fing mit kleinen Dosen (0.50) an, hatte damit nur bei einem Paralytiker Erfolg, welcher lediglich an Schlaflosigkeit litt ohne Aufregungs-Zustände.

In den übrigen Fällen erzielte ich mit kleineren Dosen (1/2—1 gramm) nur in den ersten Tagen mehrstündigen Schlaf; während in den darauffolgenden Tagen sich nur 1—2 stündiger Schlaf einstellte.

Auf einmalige Darreichung von 2—4 gramm erfolgte bei 8 Patienten 6—8 stündiger ruhiger Schlaf; während ich bei 4 anderen Patienten (Paralyse, 3 Blödsinnige) mit derselben Dosis nur 2—4 stündigen Schlaf erreichte.

In einem Falle von Paralyse mit hochgradig maniakalischer Aufregung und lebhaften Hallucinationen war ich genöthigt zum Paraldehyd zurückzugreifen.

Die Patienten schliefen in 15—30 Minuten nach Darreichung des Medikamentes. Einzelne wachten zwar nach 2—3 Stunden auf, blieben aber ruhig und schliefen nach beiläufig einer halben Stunde wieder ein.

Unangenehme Nebenerscheinungen erfuhr ich nicht; nur in zwei Fällen trat Erbrechen auf. Im ersten Falle wurde das Mittel unmittelbar nach einem paralytischen Anfall verabfolgt; im zweiten Falle versuchte ich es mit einer Dose von 4,50 grm.

Ich erwähne noch, dass bei einer Krankenpflegerin, welche von hysterischen Anfällen überrascht wurde, auf 1 grm. Urethan die Anfälle

---

[1]) Wiener medicin. Blätter 1885. Nro. 33 u. 34.

[2]) Deutsche med. Wochenschrift. 1885. Nro. 48.

[3]) Neurologisches Centralblatt. 1886. Nro. 5.

aufhörten, und sich 2 stündiger Schlaf einstellte; freilich kehrten die Anfälle nach dem Erwachen wieder.

Bei Alcoholismus konnte ich keine Versuche anstellen, da ich über genügendes Krankenmaterial nicht verfüge.

Meine diesbezüglichen Erfahrungen gehen also dahin, dass das Urethan in grösseren Dosen (2—4 grm.) einen mehrstündigen (6—8) ruhigen Schlaf erwirkt; in noch grösseren Dosen wird es nicht gut vertragen. Der Hauptvorzug des Mittels besteht darin, dass es absolut keine unangenehmen Nebenerscheinungen hervorruft.

Einerseits der Umstand, dass man mehrstündigen Schlaf nur mit grossen Dosen — in einzelnen Fällen selbst mit diesen nur 2—4 stündigen Schlaf erzielt; noch grössere Dosen aber nicht gut vertragen werden; andererseits der hohe Preis des Mittels (1 grm. = 14 kr. ö. W. = 28 Pfg), welcher dessen Anwendung in grösserem Massstabe namentlich in Staats-Anstalten hinderlich ist, veranlasste mich die *subcutane Anwendung* des Urethans zu versuchen.

Ich nahm eine 30%-ige wässerige Lösung so, dass eine Pravaz'sche Spritze beiläufig 1/4 grm. Urethan enthält, und machte damit 1—3 Einspritzungen.

Bis jetzt machte ich Versuche bei 9 Patienten in 36 Einzelfällen. Von diesen 9 Patienten waren 5 Blödsinnige, 1 Epileptiker und 3 Paralytiker. Bei 7 von diesen 9 Patienten machte ich vorhergehend Versuche per os.

Die neun Versuche waren folgende:

1. Frau J. B., Blödsinn. Schlaflosigkeit.

21. IV. 1886 4 grm. Urethan per os. Schlaf von 10 bis 6 Uhr Morgens.

22. IV. 1 injection = 0·25 Ureth. um 9 Uhr Abends. Schlaf von 11—6 Uhr, einmaliges Aufwachen.

23. IV. inject. = 0·25 grm. Ureth. Schlaf von 10—6 Uhr.

2. Andreas K., Blödsinn. Aufregungs-Zustände und Schlaflosigkeit.

23. IV. 5 stündiger Schlaf auf 3 gramm Urethan per os.

24. IV. inject. = 0·25 grm. Ureth. Schlaf von 9 1/4—2 Uhr Morgens. Patient bleibt auch weiterhin ruhig.

25. IV. 2 inject = 0·50 Ur. Schlaf von 9 1/2—3 Uhr.

26. IV. „ = 0·50 „ „ „ 10—3 „

27. IV. 3 „ = 0·75 „ „ „ 10—4 „

28. IV. 3 „ = 0·75 „ „ „ 10—4 „

29. IV. „ „ „ „ „ 11—4 „

30. IV. „ „ „ „ „ 11—4 „

1. V. Versuchsweise zurück auf injection = 0·50. Schlaf von 9 1/2—2 Uhr Morgens.

3. Elisabeth K., Paralyse. Schlaflosigkeit und Aufregungs-Zustände.

21. IV. 4 grm. per os. Schlaf von 10—2 Uhr.

22. IV. inject. = 0·25 „ „ 10—6 „

4. Hermine K., Blödsinn. Schlaflosigkeit und Aufregung.
19. IV. 4 grm. per os. Schlaf von 10—12 Uhr.
20. IV. $4^1/_2$ grm. „ Erbrechen.
21. IV. 4 grm. per os. Schlaf von 10—12 Uhr. Erwachen, neuerdings Schlaf von 3—5 Uhr Morg.
22. IV. inject. = 0·25 Ureth. Schlaf von 10—1 Uhr, einstündiges Wachsein; neuerdings Schlaf von 2—6 Uhr.
23. IV. 1 inject. = 0·25 Schlaf von $9^1/_2$—6 Uhr.
24. IV. „ „ „ „ $9^1/_2$—6 „

5. Marie Br., Blödsinn; manikalisch erregt und schlaflos.
21. IV. grm. Ur. per os. Schlaf von 10—12 und von 4—6 Uhr.
22. IV. inject. = 0·25 ohne Erfolg.
23. IV. „ = 0·50 Schlaf 1—3 Uhr.
24. IV. „ = 0·75 „ von 10—6 Uhr.
25. IV. „ „ „ „ 10—5 „
26. IV. „ „ „ „ $9^1/_2$—5 „
27. IV. „ „ „ „ $9^1/_2$—5 „
28. IV. „ „ „ „ $9^1/_2$—6 „
29. IV. „ „ „ „ $9^1/_2$—6 „
30. IV. injicirt = 0·50 „ „ 10—6 „
1. V. „ = 0·25 „ „ $9^1/_2$—6 „

6. Alexander R., Blödsinn. Schlaflos.
22. IV. 4 grm. per os. Schlaf von 9—3 Uhr.
23. IV. inject. = 0·25. „ „ $9^1/_4$—5 „

7. Robert Sch., Paralyse. Schlaflos.
27. IV. inject. = 0·25 Ureth. Schlaf von 10—3 Uhr.
28. IV. „ 0·50 „ „ „ 10—4 „
29. IV. „ 0·75 „ „ „ $9^3/_4$—5 „
30. IV. „ „ „ „ „ $9^1/_2$—5 „
1. V. „ „ „ „ „ $9^3/_4$—5 „

8. Alexander Z., Blödsinn; unruhig und schlaflos.
30. IV. inject. = 0·25 Ureth. Schlaf von 1—5 Uhr.
1. V. „ = 0·50 „ „ „ 10—5 „

9. Kolomann K., Paralyse. Schlaflosigkeit.
Bis 27. IV. $^1/_2$ grm. per os., mehrstündiger ruhiger Schlaf.
28. IV. inject. = 0·10 Ureth. 3 stündiger (12—3) Schlaf unruhig.
29. IV. „ = 0·25 Schlaf von $9^1/_2$—5 Uhr.
30. IV. „ = „ „ „ $9^1/_2$—4 „
1. V. „ = „ „ „ $9^1/_2$—1 „ nachher unruhig und aufgeregt.

Wir ersehen aus diesen 9 Fällen, dass Urethan subcutan angewendet günstige Resultate liefert. 1—3 Einspritzungen à 0.25 erzielen 6-8 stündigen Schlaf; in manchen Fällen mit dem $^1/_4$ Theil des Quantums, welches per os nöthig war, in einzelnen Fällen mit noch viel weniger. Gänzlich im Stich liess es mich in keinem Falle nur im letzten (9) wurde die Dauer des Schlafes kürzer, was ich der grösseren Aufregung zuschreibe.

Die Injectionen verursachten keine Nebenerscheinungen, so auch

keine localen Infiltrationen oder Abscessbildung. Ueber Schmerz klagten die Patienten beim Einstich nicht.

Der Preis der einzelnen Dosen wird bei subcutaner Anwendung selbstverständlich auch bedeutend reducirt sein.

Ich bin mir wohl bewusst, dass meine wenigen Versuche nicht genügen, um über den Werth der subcutanen Anwendung des Urethan ein Endurtheil fällen zu können. Wenn ich dieselben dennoch schon publicire, so bewegen mich dazu einerseits die günstigen Resultate, die ich bisher erzielte, andererseits der Umstand, dass ich in unserer Anstalt über acute Fälle, bei welchen die grösseren Aufregungszustände häufiger sind, nicht verfüge. Vielleicht wird meine Publication zu weiteren diesbezüglichen Versuchen, namentlich bei acuten Krankheitsformen anregen. Meines Wissens wurden bis jetzt Versuche mit Urethan — subcutan angewendet — nicht gemacht.

III.

Ein bemerkenswerther Fall von Hirnlues.

Von Dr. L. GOLDSTEIN in Aachen.

Das Interesse, den der unten veröffentlichte Fall von Hirnlues an und für sich zu beanspruchen scheint, sowie einige allgemeine Bemerkungen hinsichtlich der Therapie von Rückenmarks- und Hirnsyphilis, welche ich daran zu knüpfen für zeitgemäss fand, gaben die Veranlassung der Veröffentlichung. Gegenüber M. Rosenthal's Ansicht, „dass eine weitere Häufung von blosser Casuistik nur die literarische Verlegenheit steigert, welche der Anblick dieses wachsenden Ballastes einflösst", möchte ich doch hervorheben, dass gerade die gut beobachteten Krankengeschichten mehr noch als die theoretische Speculation uns behilflich gewesen sind, in der „topischen Diagnostik" der Hirnkrankheiten und auch in der Behandlung der letzteren einen kleinen Schritt vorwärts zu thun.

Ein 34jähriger, höherer Beamter kam gegen Ende Juli 1883 in meine Behandlung. Patient, neuropathisch erblich nicht belastet, hatte vor 7 Jahren ulc. dur., wahrscheinlich mit Secundärerscheinungen. Die Behandlung soll gleich in Einreibungen von grauer Salbe und innerlicher Darreichung von Quecksilberpillen bestanden haben. Wenngleich die *sichtbaren* Erscheinungen bald geschwunden zu sein scheinen — denn von mehreren Aerzten wurde die Heirath dem Pat. noch im ersten Jahre nach der Infection leichtsinniger Weise erlaubt — so war die Behandlung sicher ungenügend, wie die Folge leider zu deutlich lehrte. Ein Jahr post infectionem bekam Pat., als er sich gerade in einer Restauration befand, einen leichten apoplectischen Insult, der seinem Arzte Veranlassung gab, mit erneuter Innunctionscur vorzugehen, welche aber wieder viel zu kurze Zeit durchgeführt wurde. Drei Jahre später erneuter apoplekt. Anfall, nach welchem Doppelsehen und erschwertes Gehen eintrat, ohne jedoch den Pat. in der Ausübung seines Berufes zu hindern. Ein Jahr darauf wieder kleinere Anfälle, die ihn aber nicht wesentlich genirten und der Beschreibung nach wohl epilepti-

former Natur waren. In letzter Zeit aufreibende geistige Thätigkeit und vielfache Chikanen von Seiten eines Vorgesetzten. Da seine Sprache unbeholfen wurde, sein Gedächtniss immer mehr litt, so nahm er Urlaub im März 1883, ging zunächst in eine Sommerfrische, ohne dort jedoch eine Spur von Besserung zu finden. Wie man sieht war seit 6 Jahren, trotzdem die Erscheinungen mit nicht zu verkennender Deutlichkeit den Fingerzeig gaben, eine Behandlung gegen das Grundleiden nicht eingeleitet worden. Seine Frau, von ihm inficirt, hatte ihm 3 Kinder geboren, von denen das erste bald nach der Geburt an Pemphigus zu Grunde ging.

Die Gesichtsfarbe des intelligenten, kräftigen Mannes war auffallend blass, ja fast fahl; sein Gedächtniss hat sichtlich gelitten, wie sich bei der Unterhaltung leicht feststellen liess. Die Sprache bot exquisit den Zustand, den die Franzosen treffend „embarras de parole" genannt haben: Auffälliges Stocken, Zögern, dann wieder schnelleres, sich überstürzendes Sprechen und bei alledem eine gewissermassen sichtbare Anstrengung des Geistes, „einen enormen Aufwand von Willensimpulsen" darbietend. Ebenso gestört ist das Lesen, welches anfangs fliessend von Statten geht, dann aber immer mehr stockt und durch Hinweglassen einzelner Buchstaben, schliesslich ganzer Silben und Worte, vollständig undeutlich wird. Schrift zittrig und durch Auslassen von Buchstaben ebenfalls undeutlich. Manifeste Zeichen von Lues sind nirgends nachzuweisen. Störungen von Seiten der Sensibilität und Motilität nicht vorhanden. Die Klagen des Kranken bezogen sich hauptsächlich auf einen mässig starken Kopfschmerz der *linken* Schädelseite, welcher jedoch durch Beklopfen der betr. Stelle sich nicht verstärkte. Schlaf und Appetit ziemlich gut. Die Patellarreflexe beiderseits gut ausgeprägt, rechts etwas stärker wie links. Das war in grossen Umrissen der Zustand, in welchem Pat. am 20. Juli 1883 sich mir vorstellte. Den Sitz der (syphilitischen) Affection war ich bei der in den Vordergrund tretenden Sprach- und Gedächtnissstörung geneigt, in die graue Rinde, vorwiegend der *linken* Hemisphäre, zu verlegen. Die sofort eingeleitete Behandlung bestand in Bädern von 27^{0} R. (4 mal wöchentlich) mit kalten Ueberschlägen auf den Kopf, in Einreibungen von 5 Grm. ung. cin. nebst ziemlich grossen Gaben von Jodkali. Nach Verlauf von drei Wochen war eine Aenderung im psychischen Befinden dahin zu constatiren, dass der Kranke heiterer wie gewöhnlich war, ganz gegen seine Gewohnheit mit dem weiblichen Dienstpersonal schäckerte und ohne Grund lachte. Am 11. August trank der sonst sehr nüchterne Mann Abends ziemlich viel Bier und erwachte anderen Morgens mit Kopfschmerzen, erschwerterem Sprechen und gestörter Psyche. Von Zeit zu Zeit traten Zuckungen im rechten Arme auf. Am darauf folgenden Tage grosse psychische Unruhe und Erregung, das Gesicht ist leichenblass. Mittags 2 Uhr erster *epileptischer* Anfall, beginnend mit Drehung des Kopfes nach der *rechten* Seite, Convulsionen der rechten Gesichtshälfte, der rechten Ober- und Unterextremität, bis schliesslich im weiteren Verlaufe des Anfalls am klonischen Krampfe die gesammte Muskulatur sich betheiligt. Der

Kranke bietet jetzt das Bild der typischen Epilepsie dar, und zwar steigert sich die Intensität der Krämpfe von Anfall zu Anfall; Pat. erwacht nicht mehr aus der Bewusstlosigkeit und es bildet sich während 2 Stunden ein Status epilepticus (état de mal) aus, währenddem wohl 20 Anfälle eintraten. Mit dem Nachlass derselben trat ein stertoröser Schlaf ein, der beängstigender Weise einen ganzen Tag andauerte. Beim Erwachen ist der Kranke ganz verwirrt, spricht sehr schwer und undeutlich, erbricht verschlucktes, vom Zungenbiss herrührendes Blut. Zunge wird zitternd und nach rechts abweichend herausgestreckt. Von Zeit zu Zeit noch Zuckungen in der rechten Oberextremität. Abendliche Temperatursteigerung. Nach einem anfänglich ruhigerem Stadium stellt sich nach 4—5 Tagen ein aufgeregter Zustand ein: Pat. will fortwährend aus dem Bette, onanirt, schlägt um sich, schläft schlecht u. s. w., so dass seine Internirung in einer Irrenanstalt nothwendig wird. In derselben bot er anfänglich das bekannte Bild des *postepileptischen Irreseins*: Stupor, Dämmerzustände mit Angst, hallucinatorische, persecutorische Delirien, traumhafte Ideen und Handlungen wechselten untereinander ab. Dabei seltener einige epileptische Anfälle, die den Zustand jedesmal verschlimmerten. Nachdem Pat., der körperlich durch die erste Attaque und deren Folgen stark gelitten, sich einigermassen erholt hatte, wurde vom Collegen F r a n k und mir die Innunctions- und Jodkalikur von Neuem eingeleitet. (In der Zwischenzeit hatte der Kranke selbstverständlich Brompräparate bekommen.) Immer und immer wieder, trotz aller äusseren. scheinbar ungünstigen Zustände im Befinden des Kranken, haben wir von Neuem einreiben lassen, da wir die Lues theils als direkte theils als indirekte Urheberin sämmtlicher Krankheitserscheinungen anschuldigten. Die Sprache besserte sich sehr langsam und unter stets die Lage verschlimmernden Rückfällen schritt auch die Aufhellung des Geistes vor sich. Nach vier monatlichem Aufenthalte konnte Pat. seiner Familie wieder gegeben werden, nachdem in 82 Sitzungen nicht ganz 400 Gr. ung. ciner. eingerieben waren. Es bestand noch eine leichte Parese der rechten Unterextremität, Abweichen der uvula und der Zunge nach rechts — Erscheinungen, die nach dem ersten epileptischen Anfalle zurückgeblieben und nicht gewichen waren. Die Sprachbehinderung war gering, Gedächtniss noch schwach, Gemüthsstimmung heiter; Pat. war freudig erregt, seine Frau und Kinder wiederzusehen.

Leider hielt die Besserung nicht lange Stand. Schon im Januar 1884 kamen kleinere Insulte mit nachfolgender Sprachstörung und Verwirrtheit vor; dann traten Ende Januar grössere epileptische Anfälle auf, ohne dass sich schweres Irresein daran schloss. Auffällig nur war in seinem psychischen Befinden die Neigung zu schlechten, anzüglichen Witzen, die dem ernsten, nur dem Studium ergebenen Manne früher völlig fremd war. Im März wird von Krämpfen und Zuckungen der Gesichtsmuskulatur berichtet, die sich alle 2—3 Stunden einstellen und nach welchen die Sprache völlig verschwand. Am 1. April desselben Jahres wurde Pat. von seinem Arzte wieder hierher geschickt.

Sein körperliches Befinden war gut, Zunge weicht beim Herausstrecken weit nach rechts ab. Sprache sehr behindert; häufiges Wiederholen eines und desselben Wortes, Aphasie. Grosse Verwirrtheit, schwätzt viel Unsinn, lacht viel. Am 6. April epileptische Anfälle mit sich daranschliessenden manikalischen Zuständen. Von jetzt an ging es rapid abwärts. Nach 8 Tagen bildete sich Gangrän sämmtlicher Zehen des *rechten* Fusses aus. Da die Verblödung immer mehr zunahm, wurde der Kranke in die Universitätsirrenklinik nach Leipzig gebracht, in welcher, da fortwährend Temperaturen bis 40^0 C. vorhanden waren, am 18. Mai der Fuss amputirt wurde. Die Heilung der Amputationswunde ging gut von Statten, wenngleich eine vollständige Vernarbung nicht eintrat. Immer noch epileptische Krämpfe. Weitere Verblödung, bis am 18. November der Tod im wahrem Sinne erlösend die Leiden dieses jungen, einst so hochbegabten Mannes endete. Die Mittheilung welche ich über das Ergebniss der *Section* erhielt, lautete kurz: *Keine* Herderkrankung, aber hochgradige luetische Arteriitis des Gehirns. Arter. basilar. und Foss. Sylvii hatten ein eben sichtbares Lumen. —

Die von Heubner (Die Syphilis des Gehirns im Handbuch der spec. Path. und Therapie von Ziemssen, I. Bd. I. Hälfte.) aufgestellten drei Verlaufstypen der Hirnlues werden im Allgemeinen heutzutage von den Autoren, so u. A. auch von Strümpell in seinem bekannten Lehrbuche, acceptirt und will man hier classificiren, so entsprechen sie ja auch im Grossen und Ganzen den hier auftretenden Symptomencomplexen. Die erste Form, anatomisch charakterisirt durch Neubildungen, namentlich der Hirnrinde, umfasst die psychischen Störungen mit Epilepsie, unvollkommenen Lähmungen, selten Hirnnervenlähmung. Die zweite Form, anatomisch gekennzeichnet durch die luetische Arterienerkrankung, nimmt die echten apoplektischen Insulte mit nachfolgender Hemiplegie, Hirnnervenlähmung und eigenthümlich somnolenten Zuständen für sich in Anspruch und die dritte Form endlich, bei der es sich vielleicht um Veränderungen kleiner Gefässe, oder um interstitielle oder parenchymatöse Degeneration handelt, bietet ein der multiplen Sclerose oder progressiven Paralyse ähnliches Bild. Man sieht leicht, dass unser Fall eigentlich keinem dieser drei Typen entspricht. Anfangs deutet Alles darauf hin, dass eine Herderkrankung auf der *linken* Seite der Hemisphäre vorlag und die ganz das Aussehen der Jackson'schen Epilepsie darbietenden anfänglichen Anfälle mit den vorausgegangenen und nachfolgenden Zuckungen der rechten oberen Extremität unterstützen diese Ansicht. Dass dieser Krampf im weiteren Verlauf die Gesammtmuskulatur ergriff, war nicht sehr auffällig, denn eine solche Ausbreitung ist mehrfach beobachtet und z. B. auch von Charcot in seinem ersten, unserem in mancher Beziehung ähnlichen Falle, der „partiellen Epilepsie syphilitischen Ursprungs" beschrieben worden. Ebensowenig könnte es befremden, dass nebenher noch endarteriitische, die anfänglichen geringen Apoplexien bedingenden Processe einhergingen — bei der Vielgestaltigkeit des syphilitischen Processes im Gehirn kein allzu seltenes Vorkommen, das eine Combination des ersten und zweiten

der obigen Typen vermuthen liess. Allein mit der Zeit konnte man doch das Vorhandensein einer blossen Rindenepilepsie nicht aufrecht erhalten, da die Anfälle immer mehr den denselben eigenthümlichen Charakter verloren und schliesslich das Bild der gewöhnlichen epileptischen Krämpfe darboten. Wodurch dieselben ausgelöst wurden, das liess sich im Leben schwer entscheiden und auch der pathologisch-anatomische Befund lässt nur annehmen, dass die hochgradige Hirnanämie neben den Circulationsstörungen einen Reiz, sei es auf die graue Substanz der Rinde, sei es auf tiefer gelegene Centren ausgeübt haben. Ob die Hirnanämie auch Schuld an der Gangrän des Fusses gewesen, wage ich nicht zu entscheiden.

Vor allen Dingen glaube ich mit Gerhardt (Ueber Hirnsyphilis. Berl. klin. Wochenschr. 1886. Nro. 1.), dass derartige Fälle *so früh wie möglich, so energisch wie möglich und so lange wie möglich behandelt, heilbar sind.* Was in dieser Beziehung an unserem Falle gesündigt ist, lehrt die Krankengeschichte. Ich habe die feste Ueberzeugung, dass die traurigen Folgen nicht eingetreten wären, wenn gleich nach dem ersten Insult eine energische, jahrelange Behandlung eingesetzt hätte. Hatte es doch einen Augenblick den Anschein, als ob die hier instituirte, energische Cur dem schon weit vorgeschrittenen Leiden Einhalt gethan hätte — nehme man ja nicht an den grossen Dosen Quecksilber und Jod Anstoss: „Hüten sie sich vor dem Aberglauben, dass 100 Grm. ung. cin. oder 100 Grm. Jodkalium im Stande sind, Gehirnsyphilis zu heilen“ sagt Erlenmeyer in seinem jüngst erschienen, sehr instruktiven Vortrag über die „Principien der Epilepsiebehandlung“. In diesem Punkte stimmen die Autoren (Fournier, Charcot, Gerhardt etc.) alle überein und gerade in diesem Punkte wird von den Aerzten sei es aus übertriebener Furcht vor den Folgen des Quecksilbergebrauchs, sei es aus Rücksicht auf die Lebensstellung und der damit verbundenen hindernden Aeusserlichkeiten am meisten gesündigt. „Bei dem unseligen Gedanken ein Bischen Jodkali versuchsweise zu geben, werden viele dieser Kranken verkannt, wenige geheilt“ (Gerhardt). Je weiter allerdindings die Störung, und namentlich diejenige der Psyche vorgeschritten ist, desto mehr schwindet die Hoffnung auf vollständige Genesung. Das Gleiche gilt von der Rückenmarkssyphilis, von der Tabes auf luetischer Grundlage: auch hier sind es die Anfangsstadien, wo eine energische Behandlung eingreifen muss, und Dank dem Fleisse der Beobachter mehrt sich die Erkenntniss der initialen Symptome in erfreulicher Weise und ermöglicht die frühzeitige Erkennung der Krankheit und damit die rechtzeitige, so wirksame Therapie. In späteren Stadien der ausgebildeten Krankheit ist die antiluetische Behandlung wohl ein ultimum refuginum, aber leider kein glückverheissendes mehr. Was die oft besprochene Anwendung von Bädern anbetrifft, so bilden dieselben im Allgemeinen ein ausgezeichnetes Unterstützungsmittel der Cur, nur hüte man sich bei vorgeschrittener Hirn- und Rückenmarksaffektion vor allzu forcirtem Baden und vor allzu heissen Bädern. Das gilt aber nicht allein für Aachen, das gilt für *alle* Bäder. Der

hie und da ausgesprochenen Ansicht, dass die hiesigen Thermen den Ausbruch von epileptischen Krämpfen begünstigten, muss ich direckt widersprechen. Bäder von 26—28° R., je nach dem betreffenden Falle mit Anwendung der Kälte auf den Kopf, ertragen die Patienten ausgezeichnet und die Erfolge der Aachener Curen bei Hirn- und Rückenmarksleiden sprechen am wirksamsten *für* dieselben.

II. Original-Vereinsberichte.

Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung am 27. Februar 1886.

265) Prof. **B. Kétli:** *Ein Fall von Tetanie.*

Der auf die Abtheilung des Prof. Kétli am 11. Februar 1886 aufgenommene Kranke leidet seit seinem 27. Lebensjahre an, alle 3–4 Jahre wiederkehrenden tetan. Anfällen. 11 Tage vor seiner Aufnahme ins Krankenhaus wurde Pat. ganz unerwartet bei vollkommener Gesundheit von seinem Leiden überfallen; es traten nämlich krampfhafte Zusammenziehungen in den Flexoren des Unterarmes und in den Adductoren des Oberarmes auf, die sich bald auf die Unterextremitäten, auf die Respirations-, Kehlkopf- und Zungenmuskeln erstreckten, so dass Pat. nicht im Stande war zu sprechen. Nebstbei zeigte sich Amblyopie und Diplopie mit Strabismus convergens kleineren Grades, hervorgebracht durch den Krampf der Augenmuskeln. Dieser Anfall wiederholte sich von nun an täglich 1—2 mal und hielt $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde lang an. Patellarreflex fehlte, bei Vorhandensein aller übrigen Sehnenreflexe. Die mechanische und galvanische Reizbarkeit der motor. Nerven war erhöht: bei 1 MA Stromstärke zeigte sich schon starke KSZ und AOZ; bei $1^1/_2$—2 MA Stromstärke KST, selbst KOZ. Das Chwostek'sche Facialisphänomen war sehr deutlich ausgesprochen. Nach Verabreichung von Chinin und Kalium bromat. sah K. eine rasche Besserung.

Sitzung am 6. März 1886.

266) **L. Scheiber:** *Ein Fall von Chorea posthemiplegica.*

Sch. stellt einen $14^1/_2$ jähr. Knaben vor, den er am 16. Februar 1886 in Behandlung nahm. Pat. wurde Ende Dezember v. J. von stechenden Schmerzen im rechten Sprunggelenke befallen; im rechten Arme hatte er Schwächegefühl. Nachdem Pat. 3 Wochen lang zu Bette gelegen, liessen die Schmerzen nach, die ganze rechte untere Extremität war aber so sehr schwach, dass Pat. dieselbe nachschleifte. Mitte Januar 1886 schrie Pat. bei Nacht plötzlich laut auf, schlief die ganze Nacht unruhig und hallucinirte. Tags darauf war Pat. sehr schweigsam und gleichgültig, die Sprache war stotternd; auf der gelähmten Extremität traten kleinere unwillkürliche Bewegungen auf, die allmählich zunahmen und die sich nach Verlauf von zwei Wochen auch auf die linksseitigen Extremitäten, Rumpf und Gesicht erstreckten. Den

Fall machte jener Umstand interessant, dass die choreatischen Bewegungen sich nicht auf die gelähmte Seite beschränkten und dass Pat. ein junges Individuum war. Nach Anwendung des Galvan. Stromes und Tinctura Fowleri sah der Fall der baldigen Genesung entgegen.

Moravcsik (Budapest).

III. Referate und Kritiken.

267) **Kostjurin:** Die senilen Veränderungen der Grosshirnrinde. (Wiener med. Jahrb. 1886. 2. H.)

Der Verfasser hat im Laboratorium des Referenten eine Anzahl von Gehirnen alter Personen untersucht, um jene histologischen Veränderungen festzustellen, welchen die verschiedenen Gewebselemente bei der einfachen senilen Atrophie anheimfallen.

Er kam zu folgenden Schlüssen:

1. Der grössere Theil der Nervenzellen in der Grosshirnrinde fällt im Greisenalter einer mehr oder minder prägnant ausgesprochenen pigmentös-fettigen Degeneration und möglicherweise auch der Vacuolenbildung anheim. In den pericellulären Lücken finden sich bei vollständiger Degeneration der Nervenzellen neben den übrigbleibenden Detritusmassen viele Rundzellen.

2. Die Nervenfasern der Hirnrinde atrophiren theilweise und werden entsprechend geringer an Zahl.

3. Die Blutgefässe der Hirnrinde verfallen der atheromatösen Entartung und namentlich einer nie fehlenden, bindegewebigen, spindelförmigen Verdickung ihrer Wandungen, die häufig bis zum vollständigen Verschluss des Lumens fortschreitet. Das normaler Weise in der Adventitia vorhandene Pigment erscheint ein wenig vermehrt.

4. An Stelle der durch die Atrophie verloren gegangenen Nervenzellen und Nervenfasern beobachtet man eine geringe Verdichtung des Bindegewebes.

5. An der Peripherie der Hirnrinde findet sich eine grössere oder geringere Menge von Amyloidkörperchen, die eine ununterbrochene einhüllende Schichte um die Hirnwindungen bilden können.

Die Intensität dieser verschiedenartigen degenerativen Veränderungen ist nicht so sehr von dem Alter des betreffenden Individuums als vielmehr von der relativen Gewichtsabnahme des Gehirnes abhängig, so dass sie nicht an den ältesten, wohl aber an den leichtesten Gehirnen am meisten ausgeprägt erscheinen; dies Gesetz macht sich besonders deutlich bezüglich der Atrophie der markhaltigen Nervenfasern bemerkbar.

Es werden die geschilderten Veränderungen an den verschiedenen Elementen, welche die Grosshirnrinde constituiren, wohl hinreichen, um jene Erscheinungen zu erklären, welche die Senescenz von Seite der Gehirnthätigkeit characterisiren. Man wird sie gewissermassen als

die normalen Befunde eines alternden Gehirnes ansehen und — wenn es sich um anderweitige pathologische Vorkommnisse an solchen Gehirnen handelt — von dem Gesammtbefunde abziehen müssen.

Obersteiner (Wien).

268) **E. Morselli** (Turin): Sulla reppresentazione mentale dello spazio in rapporto col sentimento dello sforzo. (Die Raumvorstellung in Beziehung zum Muskelsinn.) (Riv. di filosofia scientifica. März 1886.)

Die grosse Bedeutung, welche den Bewegungen und den durch sie hervorgerufenen Empfindungen für die Entwickelung unseres Vorstellungslebens zukommt, wird von den Physiologen wie von den Psychologen anerkannt. Namentlich sind es unsere Vorstellungen vom Raum die wir fast ausschliesslich dem Muskelsinn oder besser ausgedrückt dem Contractionsgefühle verdanken.

M. hat nun an sich eine Reihe von Versuchen angestellt, die sich auf dieses Verhältniss zwischen Raumvorstellung und Muskelsinn beziehen. In der ersten Versuchsreihe bemühte er sich, sich das Bild einer Linie von bestimmter Länge vorzustellen, und mit geschlossenen Augen eine solche Linie aufs Papier zu zeichnen. In der zweiten Versuchsreihe fixirte er eine gezeichnete Linie genau, und bestrebte sich dann mit geschlossenen Augen dieselbe wiederholt nachzuzeichnen. Drittens wurde mit geschlossenen Augen eine Linie gezeichnet und nun versucht weitere gleich lange Linien zu zeichnen ohne aufzusehen, also lediglich durch den Muskelsinn geleitet. Die vierte Serie von Versuchen wurde in der Weise angestellt, dass eine bestimmte Länge, z. B. die Kante einer Schachtel ohne zu Hilfenahme des Sehens, abgetastet und dann versucht wurde, gleich lange Linien aufzuzeichnen. Im fünften Falle endlich handelte es sich um die Reproduction einer aus mehreren Theilen bestehenden Länge.

Wir können hier nicht in die einzelnen geistreichen Schlüsse eingehen, welche M. aus den Resultaten seiner durch lange Zeit fortgesetzten Versuchen zieht. Nur wenige Bemerkungen seien angefügt:

Auch auf die Raumvorstellungen finden die psychophysischen Gesetze Anwendung. Es besteht eine grosse Analogie zwischen den Raum — und den Zeitvorstellungen; Raumsinn und Zeitsinn sind das Product der Erfahrung.

Obersteiner (Wien).

269) **J. Luys:** Nouvelles recherches d'anatomie comparée sur les rapports des éléments cérébraux et des éléments spinaux au point de vue de la structure du système nerveux central. (Neue Untersuchungen aus der vergleichenden Anatomie über die Beziehungen der Elemente des Gehirns und des Rückenmarks vom Gesichtspunkt des Centralnervensystems.) (L'Encéphale Nro. 6. 1885.)

Fortsetzung der im Jahre 1884 im Encéphale veröffentlichten Studien. Auf Grund makroscopischer Messungen an (an entsprechenden Stellen angelegten) Hirndurchschnitten beim Menschen und bei verschiedenen grösseren Säugethieren findet Verf. seine frühere Ansicht bestätigt, dass nämlich an der Basis des Gehirns der Bulbus und

seine Umgebung diejenige Stelle sind, wo der Vereinigungspunkt der von der Hirnrinde herabsteigenden und der vom Rückenmark aufsteigenden Fasern der verschiedenen sensitiven Plexus ist. Die kurze Abhandlung ist der Vorläufer genauerer Studien über diesen Punkt.

Stoltenhoff (Saargemünd).

---

270) **Duncan Greenlees** (Carlisle England): Notes of a Case of Cerebral Tumor. (American. Journal of Insanity Januar 1886.)

Bei einem 60jährigen an Altersschwachsinn mit Aufregung erkrankten Manne, welcher ausser einer Anzahl von Zitteranfällen in Händen und Beinen keinerlei Herdsymptome während zweimonatlicher Beobachtung gezeigt hatte, fand sich bei der Section ein sarcomatöser, taubeneigrosser, nicht scharf abgegrenzter Tumor auf dem Dache der Seitenventrikel. Der Tumor schien vom vorderen Theile des Balkens auszugehen und drang in die weisse Substanz der Hirnlappen ein. Die Ventrikel waren nur wenig erweitert, das übrige Gehirn erschien normal. Der Kranke hatte 44 Jahre vorher einen Sturz auf den Kopf erlitten.

Karrer (Klingenmünster).

---

271) **Schiele** (Bern): Ueber Miterregungen im Bereiche homonymer Gesichtsfeld-Bezirke. (Arch. für Augenheilk. v. Knapp und Schweigger XVI. 2. Heft.)

Die vorliegende Arbeit liefert einen neuen bemerkenswerthen Beweis für die innigen Beziehungen zwischen *Neuropathologie* und *Ophthalmologie* durch die Erforschung des Verhaltens des Gesichtsfeldes bei den jetzt im Vordergrunde des Interesses stehenden *functionellen* Erkrankungen der *nervösen Centralorgane* (*Neurasthenie* und *Hysterie*). An einer Reihe derartiger Kranken hat Verf. nach der von Foerster und Wilbrand eingeführten, sogenannter *diametralen* Methode bei welcher nicht blos die Grenzen des Gesichtsfeldes festgestellt, sondern die Probeobjekte durch die einzelnen Meridiane desselben langsam hindurchgeführt werden, öftere genaue Untersuchungen angestellt, welche Folgendes ergaben: Sei es dass das Gesichtsfeld bei der ersten Untersuchung von normaler Ausdehnung war, oder dass es schon von vornherein eine Beschränkung aufwies, was bei den in Rede stehenden Kranken häufig vorkam, in beiden Fällen konnte durch eine wiederholte Aufnahme desselben eine Verengerung erzielt werden, die sich durch jede folgende Aufnahme um eine gleich grosse Quote vermehrte. Das Interessanteste aber war, dass die Untersuchung des bis dahin in Ruhe gelassenen andern Auges jetzt gleichfalls eine Gesichtsfeld-Einschränkung von annährend gleichem Grade und gleicher Form zeigte. In dieser letzteren Erscheinung sieht Verf. mit Recht den Beweis dafür, dass es sich hier um eine stetig wachsende Ermüdung des Centrums der Sehempfindung: der *corticalen Sehsphaere* handelt. Von diesem Gedanken ausgehend dehnte Verf. seine Ermüdungsversuche in der oben beschriebenen Weise nicht auf das Gesichtsfeld *in toto*, sondern auf einzelne Theile desselben aus: zuerst auf eine *Hälfte* und dann auf einen *Quadranten*. Und es bestätigte sich in der That, dass stets *ho-*

nonyme Abschnitte beider Gesichtsfelder eine annährend gleiche Einengung aufwiesen, so dass Gesichtsfeldfiguren resultirten, wie sie bei *homonymer Hemianopsie* bekannt sind. Die einzelnen Theile einer und desselben Gesichtsfeldes erwiesen sich als unabhängig von einander. Wer sich über die Einzelheiten dieser interessanten Untersuchungen genauer informiren will, der muss auf die Orginalarbeit verwiesen werden, der 30 sorgfältig ausgeführte Gesichtsfeldfiguren auf 6 Tafeln beigegeben sind. Hirschmann.

---

271) **R. Longuet**: Les lésions cardiaques dans l'ataxie locomotrice. (Die Störungen des Herzens bei der Hinterstrangssclerose.)

(L'Union médicale 1886. Nro. 25.)

Die Störungen des Herzens bei der Hinterstrangsclerose, über welche L. bereits eine Literatur über 80 Fälle kennt, sind nicht selten. Allerlei Formen und Combinationen dieser Störungen, ausgenommen die des rechten Herzens und die reine Hypertrophie, hat man gefunden und dennoch prädominiren die Läsionen der Aorta. Insufficienz der Aorta allein $^1/_3$, Insufficienz der Mitralis $^1/_5$; dann kommen in abnehmender Frequenz: Insufficienz mit Stenose der Aorta gleichzeitig, Atherom der Aorta etc.

Rheumatismus ist nie dagewesen, die meisten Ataktiker sind Erwachsene unter 50 Jahren, gehören einer Lebensperiode an, wo, wie die Statistik ergibt, Mitralis- und Aortenaffection in gleichmässiger Frequenz auftreten. Es müssen also besondere Gründe, die sich der gewöhnlichen Aetiologie der Herzaffectionen entziehen, sein, welche Tabes und Aortaläsionen verknüpfen. L. widerlegt die Theorie Grasset's und die von Arloing und Morel, welche in reflectorischer Wirkung die Erklärung der Herzaffection suchen; ferner die Theorie Teissier's der die Affection des Herzens als trophische Störung auffasst und fragt sich, ob Tabes und Cardiopathie nicht die Folge derselben Diathese sein kann, nämlich der Syphilis. Er beruft sich auf einen Fall Bouveret's, auf einen Luetischen, bei welchem sich Aortaaffection und Tabes gleichzeitig entwickelten und auf Jodbehandlung in paralleler Weise besserten. Aber die Syphilis ist nur selten in den Antecedentien der Tabeskranken mit Aortaaffection genannt und Fournier hat unter 112 Fällen tabetischer Syphilis nur zwei mit Aorteninsufficienz. Er beleuchtet desshalb die letzte Hypothese, welche den Ausgangspunkte der Tabes und der Herzaffection in der Existenz derselben Gefässläsion sucht in der Periarteriitis und Endarteriitis progressiva obliterans. „Die Organe deren Function und Circulation sehr lebhaft ist, haben vor allem durch die fibröse Verengung der Gefässe und durch die Mangelhaftigkeit der Blutzufuhr zu leiden und in ihrer Ernährung gestört, atrophiren die wichtigen Theile gleichzeitig mit der Entwicklung des Bindegewebes". „Die ataxie locomotrice ist ein Typus der in den Hintersträngen localisirten Arteriosclerose." L. hält es für natürlich, dass der sensitive Leitungsapparat überangestrengt zu allererst unter der dem Atherome eigenthümlichen Ernährungsinsufficienz leidet und erklärt damit die Systemerkrankung. Rohden (Oeynhausen).

---

272) **Charcot** und **Marie**: Ueber eine besondere oft mehrere Glieder einer Familie befallende, an Füssen und Beinen beginnende und die Hände viel später befallende Form der progressiven Muskelatrophie. (Rév. de médéc. Nro. 2. 1886.)

Verf. glauben, auf die in der Literatur verzeichneten und auf 5 eigene Fälle gestützt, aus der bunten Symptomenreihe der progressiven Muskelatrophie eine besondere Form ausscheiden zu müssen, deren Hauptkennzeichen folgende sind:

Progressive Muskelatrophie, welche zuerst die Füsse und Beine und erst nach Jahren Hände und Arme ergreift — langsamer Verlauf.

Relative Integrität der dem Rumpfe näher liegenden Theile der Glieder, Unversehrtheit der Muskeln an Rumpf, Schultern und Gesicht.

Fibrilläre Zuckungen in den atrophirenden Muskeln.

Vasomotorische Störungen an den ergriffenen Gliedern. Keine bemerkenswerthen Sehnencontractionen an den Gelenken der befallenen Glieder.

Sehr oft keine Störung der Sensibilität vorhanden. Krämpfe sehr häufig.

Entartungsreaction in den erkrankten Muskeln.

Beginn der Krankheit meist in der Jugend, oft werden mehrere Geschwister befallen; zuweilen auch in der Ascendenz vorkommend.

Literatur. Eulenburg, Virch. Arch. LIII. 1871. p. 361. Eulenburg, Deutsche Klinik 1856. p. 131. Eichhorst, Berl. klin. Wochenschr. 1873. Hammond, Diseases of the nervous system 1879. pag. 526—530. Ormerod, Brain 1884. VII. 334. Schultze, Berlin. klin. Wochenschr. 1884. Nro. 41.

Hinze (St. Petersburg).

273) **Tachard**: Hydrophobie rabique. (Hundswuth. Incubationsdauer von neunzehn Monaten.) (Union médicale Nro. 169. 1885.)

Nachdem Pat. im März 1884 leicht an der Hand gebissen worden und damals Jodtinctur in die Wunde eingeträufelt hatte, empfand er erst am 1. November 1885 nach einer anstrengenden gymnastischen Uebung heftigen Schmerz im rechten Arm, der in die rechte Brust ausstrahlte. Die Zunge war gelb belegt, es bestand leichtes Fieber, Stuhlverstopfung, Schwierigkeit Flüssigkeit zu schlucken. Beim Versuch zu trinken, sowohl bei Tageslicht wie auch im Dunkeln, beim Versuch die Hände in Wasser zu tauchen trat heftiges Zittern und ein krampfhaftes Zurückstossen der Flüssigkeit ein und beim leisen Reiz des Luftfächelns Erneuerung des Schluckkrampfes. Die kleine Narbe an der Hand war ein wenig geröthet, aber nicht schmerzhaft. Die Behandlung bestand in Morphiuminjectionen und Chloralklystieren. Am 5. November traten Suffocationsanfälle, heftiger Husten, Beängstigung, Unmöglichkeit einen Tropfen Flüssigkeit zu schlucken hervor; der Anblick der gefüllten Morphiumspritze erzeugt Spasmus. Einathmung von Amylnitrit mit vorübergehendem Erfolg. Am siebenten Tage: Schlaflosigkeit, Verstärkung des Schmerzes und Ameisenlaufen im Arm, Unruhe und Agitation, permanentes Ausspeien, Hallucina-

tionen, Bewusstlosigkeit und endlich Tod. Pasteur hatte erklärt vorbeugen zu können, aber nicht zu heilen.

T. hält den Fall für interessant wegen der Incubationsdauer von 19 Monaten, wegen der Impotenz des leichten Aetzmittels, der Jodtinctur, wegen der langen Dauer der Anfälle — eine ganze Woche —, wegen des heftigen Schmerzes im rechten Arm, der etwa acht Tage lang den Anfällen vorausging und nach einer anstrengenden gymnastischen Uebung entstanden war. Er meint, dass durch diese Anstrengung die noch in der Narbe vorhandenen infectiösen Elemente in die Lymphgefässe des Arms und von da ins Gehirn gelangt seien. Die Zerstörung der Narbe könne vielleicht noch in späten Fällen den Ausbruch der Hundswuth verhindern.

Rohden (Oeynhausen).

---

274) **A. Brünauer:** Ein mittelst Pilocarpin geheilter Fall von Tetanus rheumaticus. (Pester med. chir. Presse 1886. Nro. 11).

Eine 40j. Bäuerin stellte sich am 15. Nov. 1884. mit der Klage vor, dass sie seit 4 Tagen nur schwer zu schlingen vermöge, ihr Hals steif sei, und dass sie den Kiefer nur 4 Mm. weit öffnen könne. Tagsüber stellen sich in den Kau-, Brust- und Bauchmuskeln schmerzhafte Zuckungen ein, die nach einigen Secunden einen totalen Verschluss der Zahnreihe nach sich ziehen. Die Temperatur Morgens 38°, Abends 38·5°. Puls. 110. Pat. war stets gesund und vermag über die Ursache ihrer Erkrankung Nichts anzugeben. Die geringste Reizeinwirkung, als Luftzug, ein lautes Wort, löst den Tetanus aus. Pat. bekam täglich 0·02 pilocarpininjectionen pro dosi et pro die. Nach neuntägiger Cur schwanden die Convulsionen vollkommen und vermochte Patientin den Mund zu öffnen.

Moravcsik (Budapest).

---

275) **Judson Andrews** (Buffalo): Report on new remedies, fluid extract camellia and hyoscine hydrobromate. (Bericht über neue Arzneimittel, flüchtiges Camillenextract und Hyoscin. hydrobr.) (Americ. journ. of insanity. October 1885.)

Nach den Untersuchungen A.'s hat Camellia, die nächste Verwandte der Thea chin. die gleiche Wirkung auf die Herzthätigkeit wie Thee, Kaffee etc., vermöge ihres Gehaltes an Coffeïn, von dem etwa 1,72 gran in dem Extract aus einer Drachme enthalten sind. Die volle Wirkung tritt etwa nach einer halben Stunde ein und verschwindet etwa 3 Stunden nach der Darreichung. Die Vorzüge des Mittels bestehen darin, dass es billig, leicht zu beschaffen und zu nehmen ist und die Verdauung nicht stört. Andere Wirkungen als auf das Herz hat A. nicht untersucht.

Hyoscin. hydrobrom. erklärt A. nach seinen Versuchen bei Melancholie, Manie und bei einzelnen anderen Formen für ein sehr promptes Sedativum ohne wesentliche unbequeme Nebenerscheinungen. Namentlich sei die Störung des vasomotorischen Systems bedeutend geringer als bei Hyoscyamin.

Matusch (Sachsenberg).

---

276) **C. Sighicelli** (Bologna): Contribution à l'étude de l'action physiologique de la Cocaine. (Physiologische Wirkung des Cocains).
(Archives italiennes de Biologie VII. Bd. fasc. I.)

Das Cocain lähmt die Augenmuskeln und überhaupt alle quergestreiften Muskeln, wenn sie sehr geringe Masse besitzen; es erzeugt Dilatation der Pupillen ebenfalls durch Lähmung der Muskeln der Iris, und lähmt endlich gleicher Maassen die glatten Muskelfasern der Eingeweide. Obersteiner (Wien).

---

277) **Wagner** (Wien): Eine Methode Hautanästhesie durch Cocaïn zu erzeugen. (Wien. med. Blätter 1886. Nro. 6.)

Man hat mehrfach versucht die anästhesirende Wirkung des Cocaïns, mit der man auf den Schleimhäuten so schöne Erfolge erzielt hat, auch auf der äusseren Haut zu verwerthen. Die Epidermis hindert aber das Eindringen der Cocainlösungen derart, dass man bei unverletzter Epidermis bisher keine Wirkung erzielt (die gegentheiligen Angaben von Rusconi scheinen sich nicht zu bestätigen); Wölfler verwendete darum subcutane Injectionen, der Verf. versuchte es mit der kataphorischen Wirkung des galvanischen Stromes.

Wenn man die Platten der Anoden-Electrode, mit Cocain-Lösung durchfeuchtet, auf die zu anästhesirende Hautstelle aufsetzt, die Kathode an einer beliebigen anderen Stelle und einen galvanischen Strom durchleitet, so kann man Anästhesie verschiedener Grade erzeugen. Die Intensität und Dauer der Anästhesie richtet sich nach der Intensität und Dauer des Stromes, Grösse der Electrodenplatte, Concentration der Lösung und dem Lösungsmittel (ob Alcohol oder Wasser). Beispielsweise musste der Verf. mit einer kreisförmigen Electrode von $2^1/_2$ Ctm. Durchmesser und einer $5^0/_0$tigen wässrigen Cocaïnlösung einen Strom von 6 Milli-Ampères 4 bis 5 Minuten lang einwirken lassen, um an der Beugeseite seines rechten Vorderarmes vollständige Anästhesie zu erzeugen. Bei subcutaner Application wird die Wirkung durch vorangeschickte künstliche Blutleere vermindert bei nachfolgender aber auffallend gesteigert. Unter Benutzung des letzterwähnten Umstandes gelang es dem Verf. auch bei seiner Methode die Wirkung fast auf eine halbe Stunde zu verlängern.

Krueg (Oberdöbling bei Wien).

---

278) **Gärtner**: Ein neuer Apparat zur Abstufung electrischer Ströme.
(Allg. Wien. med. Zeitg. 1886. Nro. 8, nach einem Vortrage.)

Nicht zufrieden mit der Art der Abstufung des Stromes, wie sie gegenwärtig durch Elementenzähler oder durch Flüssigkeits-Rheostaten erzielt wird, construirt Gärtner, einer fremden Anregung folgend, einen trocknen Rheostaten aus Graphit. Derselbe wurde von dem Instrumentenmacher Leiter ausgeführt. Auf einen ringförmigen (spiralförmigen?) Streifen Pergament wird geschlemmter Graphit möglichst gleichmässig aufgetragen und polirt. Mit 45 Schrauben ist er an der unteren Seite einer Hartgummiplatte befestigt, die Schrauben ragen auf die obere Seite vor und vermitteln so den Contact zwischen dem

Graphitstreifen und einer oben angebrachten Schleiffeder, durch deren Drehung ein beliebig langes Stück des Graphitstreifens in den Strom eingeschaltet werden kann. Der ganze Apparat hat 10 Cm. Durchmesser und circ. 2 Ctm. Höhe, sein Widerstand beträgt 200.000 Ohm.

Der Vortrag. rühmt dem Apparate nach, dass sich der Strom viel feiner dadurch abstufen lässt, als mit dem Elementenzähler, dieser wird ganz überflüssig und die Batterie dadurch viel einfacher und wohlfeiler. Ein einziger Rheostat genügt für beliebig viele Batterien, die Standbatterien brauchen nicht unmittelbar zu Händen des Arztes aufgestellt zu sein, die Abnützung der Batterie vertheilt sich gleichmässig auf alle Elemente, die Haltbarkeit wird dadurch vergrössert. Der Apparat ist auch für den Inductionsstrom verwendbar und soll auch in dieser Richtung mehr leisten, als die jetzt gebräuchlichen Einrichtungen. Krueg (Oberdöbling bei Wien).

---

279) **Wildermuth** (Stetten): Stromer und Epileptiker.

(Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachs. und Epilept. I. Jahrg. Nro. 3.)

Verf. wendet sich in dem obigen Artikel gegen einen Aufsatz Rieger's „Ueber Epileptiker-Anstalten“ (Irrenfreund 1885 Nro. 1), mit welchem er sich in zwei Punkten durchaus nicht einverstanden erklären kann. Der erste Punkt betrifft die Billigung, welche Rieger dem von Bodelschwingh'schen Projekt einer Verbindung von Arbeiter- und Epileptikerkolonieen zu Theil werden lässt. Die Gründe, welche Verf. gegen die Opportunität dieses Projektes anführt, verdienen die grösste Beachtung. Sie gipfeln darin, dass durch die Stromer nicht nur allerhand ekelhafte Hautkrankheiten, Lues und dergl. eingeschleppt werden können, sondern auch die viel grössere Gefahr der moralischen Infection der Epileptiker durch die Stromer beim Zusammenarbeiten dieser beiden Kategorien vorliege, dass ferner „durch die Konfundirung der Fürsorge für Epileptische und Stromer der ärztliche Faktor bei Versorgung der ersteren noch mehr bei Seite geschoben werde, als es schon bisher von manchen Seiten aus angestrebt wird,“ und in Folge hiervon zu grosse Anforderungen an die Arbeitskraft der Epileptiker gestellt, und ein moralisirender Standpunkt gegen dieselben unter dem Aufsichtspersonal Platz greifen werde. — Der zweite Punkt betrifft den Vorschlag Rieger's, die Epileptiker möglichst in kleinen Häusern, gewissermassen wie in Familien, unter zu bringen, was zwar theoretisch recht schön klinge, praktisch aber grosse Bedenken wegen Erschwerung der Controlle über das Wartepersonal habe. Verf. ist vielmehr der Ansicht, dass etwas grössere Abtheilungen, wie sie in den bestehenden Anstalten gefunden werden, sich besser für die Unterbringung Epileptischer eignen. Er hält es auch nicht für unstatthaft, gelegentlich Epileptiker und Idioten in gemeinsamen Anstalten unter zu bringen. Im Uebrigen redet er der Verwendung rüstiger Epileptischer in ländlichen Kolonieen das Wort.

Reinhard (Hamburg).

---

280) **Cividalli e Amati** (Roma): Contribuzione allo studio degli epilettici. (Beitrag zum Studium der Epileptiker.) (Archivio di Psychiatria VI. 1. Heft.)

Eine sehr genaue tabellarische Zusammenstellung über Grösse und Gewicht, somatische und psychische Anomalien gewonnen an 120 Epileptikern (68 Männer und 52 Frauen), wodurch die Analogie zwischen dem moralischen Irresein, der Epilepsie und dem angeborenen Verbrecherthum nachgewiesen werden soll.

Obersteiner (Wien).

281) **S. H. Scheiber**: Ein Fall von Hystero-Epilepsie bei einem Manne. (Pester medic. chir. Presse. 1886. Nro. 12.)

Ein Techniker, 24 Jahre alt, hereditär belastet, reizbarer Natur, soll vor 6 Jahren an Paresis beider unteren Extremitäten gelitten haben, seit welcher Zeit sich jährlich im Frühjahr und Sommer ein hoher Grad von Schwäche in den Beinen eingestellt hat, welche Schwäche im Herbst und Winter wieder regelmässig verschwand. 1884 ischiadische Schmerzen, dabei leichte Ermüdbarkeit. Am 15. Mai 1885, abends stellte sich ein Paroxysmus von tiefer Verstimmung ein, ein Gefühl von hochgradiger allgemeiner Schwäche, das Gesicht wurde blass, die Herzthätigkeit beschleunigt. Dieser Zustand dauerte 2 Stunden, worauf der Pat. einschlief. Nach einigen ähnlichen Anfällen änderte sich das Bild, Pat. bekam starke Inspirationskrämpfe, die das Bild dyspnoëtischen Athmens zeigten, ferner tetanischen Streck- und Beugekrampf in den oberen und unteren Extremitäten, dann Wein- und Lachkrämpfe, endlich Wärmegefühl und Schweiss. Sowie der Anfall nachliess, fühlte sich P. sogleich vollkommen wohl, nicht das mindeste Gefühl von Schwäche blieb zurück, während des ganzen Anfalles vollständiges Bewusstsein. Später zeigten sich klonische und tonische Krämpfe in verschiedenen Muskelgebieten; ferner zielbewusste Bewegungen. Bei allen Bewegungen hatte Pat. keinen Moment seine Besinnung verloren und hatte keine Hallucinationen. Gegen Ende September Genesung.

Moravcsik (Budapest).

282) **Perikles Vejas** (St. Pirminsberg): Epilepsie und Verrücktheit. (Arch. f. Psych. etc. XVII. 1. p. 118.)

Ueber die Combination dieser Krankheitszustände theilte bereits früher Gnauk 5 Fälle mit (s. d. Centralbl. 1882 p. 314). Der Verf. vermehrt die Casuistik um 4 weitere Beiträge. Es handelt sich um Epileptische — solche mit klassischen Anfällen und mit äquivalenten Zuständen — bei denen theils nach Aufhören, theils unter Fortbestand der Epilepsie sich Verfolgungs- und Grössenideen entwickelten, welche sich zu einem System befestigten. — Es erscheint dem Ref. immerhin bedenklich, derartige Complicationen im Verlauf der epilept. Seelenstörung gleich mit dem Namen „Verrücktheit" zu belegen und dadurch diesen so characteristischen Krankheitsbegriff zu verwirren. Vereinzelte Verfolgungs- und Grössenideen sind ja bei Epileptischen etwas ganz gewöhnliches, und auch derartige „Systeme" nicht allzu selten,

zumal wenn sie, wie hier in 3 Fällen, auf dem Boden des Schwachsinns entstehen. Findet man doch innerhalb der „epileptischen Seelenstörung“ die Symptomencomplexe fast jeder beliebigen Psychose vertreten!

Langreuter (Eichberg).

---

283) **Paul Rehm** (Blankenburg a. H.): Chloroformsucht. (Sep.-Abdr. aus Berl. klin. Wochenschr. 1884. Nro. 20.)

Nach Aufzählung der in der Literatur vorhandenen Fälle von chronischer Chloroformintoxication und nach Wiedergabe eines interessanten Falles von Schüle, beschreibt Verf. 2 eigene Beobachtungen, von denen die erste das Interesse hauptsächlich in Anspruch nimmt. In den vom Verf. aus der Literatur herangezogenen Fällen war überall nur den psychischen Störungen Aufmerksamkeit geschenkt, den körperlichen gar keine Erwähnung gethan und doch sind dieselben sehr beachtenswerth, wie Verf.'s Fall zeigt. Der aus gesunder Familie stammende 47 jährige Apotheker war wegen Schmerzen in der linken Inguinalgegend zunächst Morphinist geworden, später setzte er an Stelle des Morphiums Chloroform, das neben der Stillung des Schmerzes noch die Wirkung hatte, „als ob er ein Glas Champagner getrunken hätte“. Immer grösserer Gebrauch des Chloroforms bewirkte endlich grosse Reizbarkeit, Schwäche des Gedächtnisses, Abmagerung, Oedeme, Hydrops, Schwellung der Lebergegend. Bei der Untersuchung fand Verf. grosse Verlangsamung aller geistigen Funktionen, misstrauisches Wesen, leichte melancholische Verstimmung, Schlaflosigkeit. Kniephänomen vorhanden. Herztöne rein, aber schwach. An Stirn und Conjunctiva ikterische Färbung. Oedeme der Füsse. Lebergegend schmerzhaft, Leber vergrössert. Entziehung gaschah schnell, ohne besondere Beschwerden. Gewichtszunahme. Später wird er rückfällig. Entziehung gelingt anderweitig nicht, in Verf's. Anstalt leicht; es bleibt aber geistige Schwäche zurück. Pat. ergibt sich dem Alkoholgenuss. Aus den nun folgenden Angaben über die Wirkung des Chloroforms auf den Organismus, die wir näher darzulegen umgehen, zieht Verf. den Schluss, dass das Chloroform sowohl auf die Blutkörperchen als auch auf Hirn- und Nervensubstanz eine Einwirkung entfalte. Angehängt ist dem Separatabdruck eine Beobachtung Erlenmeyer's älteren Datums (1877), in welchem die Eigenschaft des Chloroforms, die rothen Blutkörperchen zu zerstören und die Bildung des Gallenfarbstoffes aus dem Blutfarbstoffe zu verursachen, stark in die Erscheinung trat.

Goldstein (Aachen).

---

284) **Christian** (Charenton): Sur la prétendue fragilité des os chez les paralytiques généraux. (Ueber die angebliche Knochenbrüchigkeit bei Paralyse.) (Ann. méd. psycholog. November 1885.)

Verf. hat in 6 Jahren bei im Ganzen 250 Paralytikern keinen Knochenbruch gesehen und bekämpft gestützt auf diese eigenen Beobachtungen sowie auf andere neuere Mittheilungen von französischen Fachgenossen die Lehre von der Brüchigkeit der Knochen bei Paralyse. Aeussere Gewaltthat allein sei vielmehr anderwärts meist die Ursache der Brüche.

Otto (Dalldorf).

---

285) **Rey** (Ville-Evrard): Note sur la paralysie générale chez la femme. De l'hysterie chez les femmes atteintes de paralysie générale. (Ueber Paralyse der Frauen und über Hysterie bei paralytischen Frauen.) (Ann. méd. psycholog. November 1885.)

Verf. theilt 7 Fälle von Paralyse bei vorher hysterischen Frauen mit. Entgegen früheren Anschauungen ist die Entwicklung der Paralyse bei hysterischen Frauen durchaus nichts ausnahmsweises und bietet die Krankheit bei denselben nach keiner Richtung etwas aussergewöhuliches, es sei denn dass das „Delirium" manchmal besondere Züge aufweist (Vorherrschen erotischer Ideen etc.). Im Verlauf der Paralyse schwächt sich die Hysterie ab oder verschwindet ganz. Es ist wahrscheinlich, dass dies in den meisten Fällen schon zur Zeit des Beginns der Paralyse geschieht. Otto (Dalldorf).

---

286) **W. Nasse** (Bonn): Einiges zur allgemeinen Paralyse der Irren. (Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 42 Heft 4. 1886.)

Dem Aufsatze seien folgende Bemerkungen über das Verhältniss der Paralyse zur Syphilis entnommen:

Es war Syphilis vorausgegangen bei 217 Paralytikern in 42 Fällen (19,3%) bei 2508 nicht Paralytischen Irren in 53 Fällen (2,1%).

Die Ursachen der Paralyse waren aber fast ausnahmlos in anderen deutlich hervortretenden Noxen zu vermuthen.

Was das Zeitintervall zwischen dem Auftreten syphilitischer Erscheinungen und dem Ausbruche der Paralyse betrifft, so erfolgte ersteres in 2 Fällen einen Monat, resp. 5 Monate vor der Aufnahme der Kranken in die Anstalt; beidermale fiel die Infection fast schon in den Beginn der Krankheit. Von den übrigen 40 Fällen blieb der Zeitpunkt der Infection unsicher in 13 Fällen, bei 9 war er 4—10 Jahre vor dem Ausbruche der Paralyse zu constatiren, bei 15 vor 11—20, bei 3 vor 20—27 Jahren. — Nur in einem Falle, wo die Infection vor 14 Jahren stattfand, trat 6 Jahre später ein Syphilid auf; bei sämmtlichen andern ist ein Erscheinen secundärer oder tertiärer Symptome in der Zwischenzeit nicht aufzufinden. — Verf. ist der Meinung, dass sich voraufgegangene Syphilis bei Paralytikern viel leichter eruiren lasse als bei den übrigen Geisteskranken, weil jene bei den eigenen Angaben über ihre Vergangenheit viel offenherziger zu sein pflegen, ferner weil bei Paralytikern die betreffende Nachforschung von Seiten der Aerzte und der Angehörigen mit viel mehr Aufmerksamkeit betrieben werde. Hieraus könnten sich leicht Fehler-Quellen bei der statistischen Vergleichung insofern ergeben, als die Zahl der *nicht* paralytischen Kranken mit voraufgegangener Syphilis eine beträchtlich höhere Ziffer erreichen dürfte. — Ueber die Formen, an denen die früher syphilitisch gewesenen Nichtparalytiker gelitten haben, vermag Verf. keinen ganz genauen Bericht zu geben, glaubt sich aber der Angabe von Ripping anschliessen zu können, dass bei denselben *alle* Formen von Geistesstörung in ziemlich gleicher Vertheilung vorkommen. Es sei, so schliesst N., in hohem Grade gewagt, eine einmal im Leben vor 10, 20 oder noch mehr Jahren stattgehabte Infection für die Ent-

stehung der Paralyse verantwortlich zu machen, wenn die Zwischenzeit sowohl von syphilitischen Symptomen als von solchen eines gestörten Hirnlebens ganz frei gewesen ist. Kron (Berlin).

---

287) **W. Sommer** (Allenberg): Tabes mit Paranoia und terminaler Paralyse. (Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 42. Heft 4. 1886.)

Ein genau beschriebener casuistischer Beitrag (mit Sectionsbefund) zur Lehre von der secundären Paralyse. Im Anschluss an die Tabes hatte sich das klinische Bild einer hallucin. Paranoia entwickelt, zu der erst nach 12jährigem Bestehen durch Weiterausbreitung der tabischen Erkrankung die characteristischen Symptome der Paralyse hinzutraten. Kron (Berlin).

---

288) **Obersteiner** (Wien): Ueber Intoxications-Psychosen. (Vortrag — Mitthlgn. d. Wien. med. Doct. Colleg. XI. Bd. und Wiener Klinik Februar 1886.)

Obersteiner unterscheidet I. acute Vergiftungen II. chronische, von diesen wieder a. durch Beschäftigung oder Nahrungsmittel, b. durch Medicamente, c. durch Genussmittel erzeugte. Psychosen kamen bisher zur Beobachtung ad. I. nach Vergiftungen mit Kohlenoxyd, Leuchtgas und Kampher; ad. II. a. nach: Blei, Quecksilber, Schwefelkohlenstoff, Ergotin, Mais, Lathyrus cicera; ad II. b, nach: Jodoform, Atropin, Chinin, Salicylsäure, Chloralhydrat, Bromsalzen, Jodsalzen, und Cocaïn; ad II. c. nach: Alcohol, Absynth, Chloroform, Nicotin, Caffe, Haschisch, Opium und Morphin.

In dem für ein grösseres ärztliches Publicum berechneten Vortrage werden die Symptome der einzelnen Vergiftungen nach den zerstreuten Literatur-Angaben nur flüchtig berührt, etwas ausführlicher wird eine selbst beobachtete Psychose nach Salicylgebrauch und am ausführlichsten der Morphinismus besprochen. In der etwas eingehenderen Publication in der „Wiener Klinik" werden auch die *autochthonen* Vergiftungen in die Besprechung mit eingezogen und von diesen Urämie, Acetonämie, Cholämie, Hydrothionämie und Cachexia strumipriva unterschieden. Krueg (Oberdöbling bei Wien).

---

289) **Charles W. Pilgrim** (Utica): A Visit to Gheel. (Besuch in Gheel.) (American. Journal of Insanity Januar 1886.)

Der Aufsatz enthält Bemerkungen über die Stadt Gheel, die Geschichte der Entwicklung der Irrenverpflegung dortselbst und eine kurze Schilderung dessen, was Verf. bei seinem kurzen Besuche gesehen, und was aus eingehenden Berichten in unserer deutschen Literatur schon bekannt ist. Verf. kommt durch seine Beobachtung zu dem Schlusse, dass in gut geleiteten und eingerichteten geschlossenen Anstalten die Kranken beträchtlich besser untergebracht sind.

Karrer (Klingenmünster).

---

290) **H. Schüle** (Illenau): Specielle Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten, 3. völlig umgearbeitete Auflage. (v. Ziemssen's Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie XVI. Band. (Leipzig 1886. Verlag von F. C. W. Vogel.)

Hatte schon die 2. Auflage des Schüle'schen Handbuches gegenüber der 1. viele Veränderungen und — sagen wir es gleich — Verbesserungen aufzuweisen, so wird man das Buch in der gegenwärtigen Auflage kaum wiedererkennen, eine so wesentliche und gründliche Umarbeitung hat es erfahren. In wie weit auch diesmal eine Verbesserung damit erreicht worden ist, wird sich im Laufe des Referates ergeben.

Der Verf. nennt sein Buch „klinische Psychiatrie", und diesen Namen verdient es auch, da es hauptsächlich der Schilderung der speciellen Formen des Irreseins gewidmet ist, nebenbei aber auch das Nothwenthigste aus der allgemeinen Psychopathologie enthält. Schon diese Vorschiebung des Schwerpunktes auf das klinische Gebiet lässt die wesentliche Aenderung erkennen, welche die 1. Auflage des Handbuches erfahren hat, und mit der die meisten Leser wohl einverstanden sein werden. Statt der vielen theoretischen Auseinandersetzungen, dem Uebermass der allgemeimen Erörterungen, der Abstraktionen und Hypothesen ein umfänglicheres und tieferes Eingehen in die einzelnen Formen der Seelenstörung, eine detailirte Zeichnung ihrer Haupterscheinungsweisen und ihrer Modificationen, kurz der tiefere Griff in's Leben und in die Praxis unserer Specialwissenschaft, sie sind es, welche die gegenwärtige Auflage vor den früheren schon an und für sich vortheilhaft auszeichnen, die Lektüre des Buches interessant machen und demselben sicher viele Freunde gewinnen werden. Dabei ist dasselbe weit entfernt von einer compilatorischen Arbeit, sondern trotz ausgiebiger Benutzung der Literatur im Wesentlichen aus den eignen Beobachtungen und Erfahrungen des Verf.'s hervorgegangen, welche er in seiner langjährigen Thätigkeit an einer unserer grössten Anstalten zu sammeln reichlich Gelegenheit fand. Ein weiterer Vorzug dieser Auflage vor der 1. besteht darin, dass der ruhige Fluss der Betrachtung nicht mehr, wie früher, durch das Zwischenschieben von Krankengeschichten in den Haupttext gestört wird, und dass die kritischen, erläuternden und hypothetischen Zwischenbemerkungen und Anmerkungen sich diesmal auf das Nothwendigste beschränken. Auch die Sichtung und Gruppirung des Stoffes hat in der neuen Bearbeitung gewonnen. Die vorwiegend psychophysische Betrachtungsweise hat einer mehr physiologischen Platz gemacht. Die Anregungen, welche v. Krafft-Ebing in antropologischer Hinsicht und Arndt in der allgemeinen Auffassung von der Entstehung und dem Ablauf der Geisteskrankheiten gegeben haben, sind auch an dem Verf. nicht spurlos vorübergegangen. So weit wir nach einmaligem raschen Durchlesen des Buches beurtheilen können, sind auch alle thatsächlichen Beobachtungen der Neuzeit aus dem Gebiete der Neuropsychopathologie gebührend berücksichtigt. Die Polemik ist gänzlich vermieden worden, was in unserer Zeit der Prioritätsstreitigkeiten und anderer Müssigkeiten angenehm berührt. Uebe-

rall, wo es sich um Formen des Irreseins handelt die sich eng an gewisse Neurosen anlehnen, ist bei bestimmten Erörterungen, um Wiederholungen zu vermeiden, auf die entsprechenden Abschnitte in dem von Ziemssen'schen Gesammtwerke hingewiesen.

Gehen wir nun etwas näher auf das Schüle'sche Buch ein, so begegnen wir zunächst der Begriffsbestimmung der Seelenstörung. Der Verf. versteht unter Seelenstörungen „Krankheiten der Person, beruhend und verursacht durch eine Hirnaffection". Seine Klassification der Geisteskrankheiten umfasst 2 grosse Gruppen: I. Psychosen auf Grundlage organo-psychischer Vollentwicklung. II. Psychosen auf Grundlage defekter organo-psychischer Anlage, resp. Konstitution. Innerhalb der Gruppe I. unterscheidet er wieder zwischen: 1. Psychosen des „rüstigen" Gehirns (Melancholie und seine Manie mit ihren Secundärzuständen), 2. Psychosen des „invaliden" Gehirns (die schweren Manieen, der Wahnsinn, die akute primäre Dementia, das hysterische, epileptische und hypochondrische Irresein und dazu als Anhang die periodischen, circulären und alternirenden Psychosen und die Seelenstörungen im Gefolge extra-cerebraler Krankheiten), 3. die perniciösen Erschöpfungszustände des Gehirns (das Delirium acutum und die classische progressive Paralyse), 4. die psychischen Cerebropathieen (die Psychosen im Gefolge subacuter und chronischer organischer Hirnkrankheiten — die modificirten progressiven Paralysen. In der Gruppe II. begreift er: a. die hereditäre Neurosen und als Anhang die transitorischen Psychosen, b. das einfache hereditäre Irresein und den Querulantenwahnsinn, c. die originäre Verrücktheit, d. das degenerative erbliche Irresein (moral insanity), c. den Idiotismus.

Seine Eintheilung geht also vom anthropologischen und vom symptomatologischen Standpunkt aus.

Den Abschnitten über die einzelnen Formen der Seelenstörung ist stets ein Verzeichniss der wichtigeren bezüglichen Literatur vorangeschickt, und der eingehenden klinischen Schilderung jeder Form geht jedesmal eine allgemeine Besprechung voraus. Es würde den Rahmen eines Referates weit überschreiten, wollten wir den reichhaltigen Inhalt des Buches selbst in der gedrängtesten Kürze übersichtlich wiedergeben; wir begnügen uns daher damit, diejenigen Punkte hervor zu heben, welche uns besonders bemerkenswerth erscheinen, oder mit denen wir uns nicht ganz einverstanden erklären können.

Der Uebersichtlichkeit wegen werden bei der Schilderung der Melancholie und Manie des „rüstigen" Hirns auch die schwereren („invaliden") Formen dieser beiden Psychosen abgehandelt. Bei der Therapie der Melancholie empfiehlt Verf. als Hypnoticum das Paraldehyd. Zur Verhütung resp. Milderung der Angstanfälle hat sich nach seinen Erfahrungen das Opium erpropt, doch muss man es gleich im Beginn der ängstlichen Unruhe geben, oder noch besser, ehe die ersten Spuren derselben wahrnehmbar sind, vorausgesetzt dass man aus der vorhergegangenen Beobachtung weis, dass die Angst zu bestimmter Zeit wiederkehrt. Bei manchen abstinenten Melancholischen ist die Fütterung mittelst der Sonde nicht zu umgehen. — Bei schweren Manien hat

sich ihm das Hyoscyamin öfter als nützlich erwiesen. — Er trennt mit Recht den acuten hallucinatorischen Wahnsinn von der schwereren Form der Melancholie, weist aber darauf hin, dass es in praxi oft erst spät zu entscheiden ist, mit welcher von beiden Formen der Seelenstörung man es zu thun hat. Im Gegensatz zu v. Krafft-Ebing rechnet er den chronischen Wahnsinn nicht zu den degenerativen Psychosen. Als charakteristisch unterschiedlich für alle Wahnsinnsformen gegenüber den primären Pychosen bezeichnet er den Trugschluss in die Objectivität. Die Gruppe der Wahnsinnsformen umfasst nach des Verfasser's Ansicht das grösste Contingent aller Fälle von Geistesstörung. Beim chronischen Wahnsinn besteht im Gegenatz zum acuten die Neigung zum Systematisiren der Wahnideen. Das Hinzutreten des Grössenwahns zum Verfolgungswahn geschieht entweder plötzlich durch Hallucination (z. B. göttliche Inspiration), oder allmählich als logisches Schlussglied des bestehenden Wahns durch Reflexion über die Ursache der bisherigen Verfolgung. (Letztere Entstehung ist wohl die häufigere Ref.). — Die acute hallucinatorische Verrücktheit der Autoren nennt Verf. „acuter sensueller (hallucinatorischer) Wahnsinn". — Der attonische Wahnsinn (die Katatonie) hätte etwas kürzer abgehandelt werden können, da er unseres Erachtens in psychischer Hinsicht wesentlich dieselben Merkmale darbietet wie der Wahnsinn im Allgemeinen und sich von letzterem eigentlich nur durch das Hinzutreten der motorischen Spannungsneurose unterscheidet. — Bei der primären Dementia mit Stupor differenzirt Verf. mit Recht zwischen „organischem" und „psychischem" Stupor, indem bei ersterem ein wirklicher acuter Blödsinn den Kern der Krankheit bildet, während bei dem zweiten die psychisch-motorische Gebundenheit „nur die Folge eines Wahrnehmungsabschlussses aus innerlichem Schauen (Hallucinationen) ist". — Die acute primäre Dementia ohne Stupor ist nach Verf. selten, die ganz acuten Fälle dieser Form werden fast nur hie und da nach schweren Infectionskrankheiten, wie Typhus oder Variola, beobachtet. Ausser dem von Binswanger s. Z. mitgetheilten Fall kann Verf. noch 2 weitere hierhergehörige Fälle aus seiner eignen Praxis anführen.

Auf Seite 233—286 werden die hysterischen, epileptischen und hypochondrischen Geistesstörungen geschildert. Die Grundlage der grossen und formenreichen Gruppe des hysterischen Irreseins bildet das „hysterische Temperament", d. h. „der in succum und sanquinem übergegangene hysterisch-neuropathische Character". Bei der Therapie der hysterischen Psychosen spricht Verf. der gynäkologischen Behandlung das Wort, jedoch nur für diejenigen Fälle, wo sich ziemlich sichere Anhaltspunkte fänden, die auf das Bestehen eines Genitalleidens hinweisen. Im Uebrigen müsse man sein Augenwerk auf Chlorose und Anaemie richten. Ein roborirendes diätetisches Verfahren sei unter allen Umständen geboten. (Ref. vermisst in dem Curregimen die Erwähnung der Weyr-Mitchel'schen Mastcur und der hydrotherapeutischen Behandlungsweise). Zuweilen muss man sich nach Ansicht des Verf.'s zu einem traitement moral entschliessen. — Bei der Schilde-

derung des epileptischen Irreseins erwähnt Verf., dass er die sogenannte „psychische Epilepsie“ nicht anerkennen könne, eine Ansicht, der Ref. nicht beipflichtet, da ihm aus eigner Beobachtung einige Fällen bekannt sind, in welchen die Irrsinnsanfälle durch ihr bruskes Auftreten, die mehr oder weniger tiefe Störung des Bewusstseins, den Inhalt der Wahnideen und Hallucinationen ganz den Character von psychischen Aequivalenten zeigten, und höchstens hier und da nächtliches Bettnässen ausserdem noch auf das Vorhandensein einer epileptischen Neurose hinwies. In den Bezeichnungen „prae-, postepileptisches Irresein und Aequivalent“ sieht Verf. nur verschiedene formelle (zeitliche) Beziehungen zum Insult, nicht eo ipso auch klinische Differenzen wie es von mancher Seite geschieht; ebensowenig hat der Inhalt der Delirien einen Einfluss auf den Verlauf des einzelnen Zustandbildes. Bei bedrohlichen epileptischen Aufregungszuständen empfiehlt Verf. grosse Dosen Chloral. — Bei der Besprechung des hypochondrischen Irreseins wird darauf hingewiesen, dass man den Kranken zuweilen einen mässigen Gebrauch des Morphiums gestatten müsse wenn man ihnen ermöglichen wolle, wieder ausserhalb der Anstalt leben zu können (Jedenfalls ein etwas gewagtes Unternehmen! Ref.).

(Schluss folgt.) Reinhardt (Hamburg).

---

291) **Hemkes:** Statistische Mittheilungen über die Wirksamkeit der Grossherzogl. Oldenburgischen Irrenheilanstalt zu Wehnen. Fünf und zwanzigjähriger Anstaltsbericht.

(Oldenburg, Verlag von Büttner und Winter 1885.)

Wehnen wurde 1858, für 80 Kranke bestimmt, vollendet und 1882 auf 114 erweitert. In dem Zeitraume vom 1. April 1858 bis 1. April 1883 sind 1413 Kranke (696 M. 717 W.) in die Anstalt aufgenommen, 1147 Kranke (560 M. 587 W.) entlassen und 182 Kranke (97 M. 85 W.) gestorben. Die Mehraufnahme von Frauen steht im Gegensatz zu den Ergebnissen anderer Irrenanstalten für gleiche oder längere Zeiträume. Der Anstaltsbefund im Grossherzogthum deckt sich mit dem bei der letzten Volkszählung gefundenen. Das Verhältniss der geisteskranken Männer zu den geisteskranken Frauen ist 45,32 zu 54,64. Auf 1000 Einwohner des entsprechenden Geschlechts kommen 1,45 männliche, 2,26 weibliche Kranke. Die Durchschnittszahl der jährlichen Aufnahmen betrug 56,52. Ohne Unterschied des Geschlechts sind mehr Ledige als Verheirathete aufgenommen, erstere betrugen 47%, letztere 42%, die Verwittweten machen 11% und die Geschiedenen 0,21% aus. Stellt man die Geschlechter gegenüber so sind mehr ledige Männer 55% als ledige Frauen 44% aufgenommen. Bei den Verheiratheten sind umgekehrt 52% Frauen und 48% Männer. Bei den Verwittweten sind die Frauen mit 72% überwiegend über 27% Männer. Die Geschiedenen sind 33% Männer 66% Frauen. Nach der Confession sind 85,81% Lutheraner, 9,53% Katholiken, 1,91% Reformirte und 1,69 Israeliten aufgenommen. Während nach der Volkszählung von 1880 von 1000 Einwohnern der entsprechenden Confession 1,89% geisteskranke Lutheraner, 1,63% Katholiken 2,49%

Andersgläubige waren, kamen von den Anstaltskranken auf 1000 Einwohner der entsprechenden Confession 4,65⁰/₀ Lutheraner, 1,87⁰/₀ Katholiken, 18,96 Andersgläubige (darunter 7,25⁰/₀ Israeliten und 11,70⁰/₀ Reformirte).

An Melancholie waren erkrankt 644, d. i. 45,51⁰/₀ der Gesammtaufnahme, darunter 253 Männer (17,9⁰/₀) und 391 Frauen (27,4⁰/₀); an Manie litten 261, d. i. 18,47⁰/₀, darunter 123 Männer (8,7⁰/₀) und 138 Frauen (9,7⁰/₀), mithin 27⁰/₀ mehr an Melancholie als an Manie Erkrankte. Dies Ueberwiegen hat Oldenburg gemein mit denjenigen Landestheilen, deren Bevölkerung dem niedersächsichen Stamme mit seinem ernsten Character angehört. (Westphalen, Hannover, Schleswig-Holstein). An primärem Wahnsinn litten 24 Kranke oder 9,69⁰/₀, darunter 14 Männer 20 Frauen, (der primäre Wahnsinn ist erst seit 1878 als eine besondere Form hier aufgestellt). Die aufgenommenen Paralytiker betrugen 84,6⁰/₀ der Gesammtaufnahme, 79 Männer 5 Frauen. Die geringe Zahl der letzteren im Verhältniss von 1:16 ist der bisher angenommenen Durchschnittszahl 1:5 gegenüber bemerkenswerth und wird theilweise dadurch erklärt, dass ein nicht unbedeutender Theil der Männer Ausländer sind. An geistigen Schwächezuständen litten 359 Kranke oder 24⁰/₀, an Geistesstörung mit Epilepsie 32 Kranke oder 2,26⁰/₀ (gestattet keinen Rückschluss auf die Häufigkeit der Epilepsie im Grossherzogthum da nach dem Statut die Aufnahme der Epileptiker nur in vereinzelten Fällen statthaft ist). An angeborenen Schwachsinn litten 4 weibliche Kranke, 4 Männer an Delirim tremens. Ein Mann war nicht geisteskrank.

Die meisten aufgenommenen standen im Alter von 30—40 Jahren. nämlich 26,12⁰/₀; dann folgt das Alter von 20—30 Jahren, mit 25,69⁰/₀, dann 40—50 Jahr mit 22,37⁰/₀. Zwischen 50—60 Jahren waren 13⁰/₀, zwischen 60—70 Jahren 6,16⁰/₀. Bis zu 20 Jahren waren 4,46⁰/₀; 70 und mehr Jahre waren 1,89⁰/₀.

Die Geschlechter differiren wenig, in den höheren Lebensalter bis 60 Jahr überwiegen die Frauen.

Bezüglich der Dauer der Krankheit vor der Aufnahme in die Anstalt wurden 25,63⁰/₀ innerhalb der ersten 6 Wochen, und 14,87⁰/₀ innerhalb der ersten 3 Monate der Erkrankung der Anstalt überwiesen, während von den Uebrigen 27⁰/₀ bis zu 1 Jahre und 31⁰/₀ bereits 2 Jahre und länger vorher krank waren. Von 366 innerhalb der ersten 6 Wochen ihrer Erkrankung Aufgenommenen wurden 50⁰/₀ geheilt, von 210 bis zu 3 Monat vorher Erkrankten 46⁰/₀, von 184 bis zu 6 Monaten 38⁰/₀ von 200 bis zu 12 Monaten 18⁰/₀, von 161 bis zu 2 Jahren 10,40⁰/₀ und von 278, welche länger als 2 Jahre krank waren nur noch 1,75⁰/₀. Wieder bewährt sich hier die alte Erfahrung, dass je kürzer die Krankheitsdauer vor der Aufnahme in die Anstalt, je grösser die Wahrscheinlichkeit der Genesung ist.

Bei 478 Kranken oder 33⁰/₀ der Aufnahme ist keine bestimmte Krankheitsursache aufzufinden gewesen, während eine solche bei 934 oder 66⁰/₀ vorhanden war. Als häufigste Ursache ist auch hier die Erblichkeit zu nennen und zwar bei 44⁰/₀ und darüber. Auffällig

stark ist die Zahl der erblich belasteten Israeliten 72,81% der Aufnahmen.

Von den einzelnen Berufsarten ist der Stand der Kaufleute und Handwerker am stärksten betheiligt mit 32,4%; dann folgt die ländliche Bevölkerung mit 24%, hierauf die Beamten, Gelehrten mit 12,8%; auf den Schifferstand entfallen noch 3,4% und auf den Soldatenstand nur 1%. Die Prozentzahl der aufgenommenen Schüler ist 0,5%, ohne bestimmten Beruf 1,9%. Rückfällig sind 126 Kranke geworden 9% der Aufnahme, erblich belastet waren davon 71. —

Die Ausgeschiedenen betragen im Ganzen 1329, unter ihnen 657 Männer 672 Frauen. Der Mehraufnahme von Frauen entsprechen auch die Mehrabgänge, fallen jedoch ausschliesslich den geheilt entlassenen Frauen zu, 34,82% gegenüber den Männern mit 27,24%. Bei den übrigen Abgängen überwiegen die Männer.

Die besten Heilresultate ergeben wie allenthalben, so auch hier, die an Manie Erkrankten.

Bei den Ausgeschiedenen überhaupt überwiegen die nicht erblich Belasteten; das Verhältniss der Geheilten zu einander ist grade entgegengesetzt. Bei den gebessert Entlassenen ist kein Unterschied, bei den Ungeheilten ist die bedeutende Mehrzahl der Nichtbelasteten zu den Belasteten auffallend. Während sich in der Manie und Melancholie die Zahl der belasteten und nicht belasteten Entlassenen fast deckt, ist die Differenz derselben bei den übrigen Krankheitsformen eine recht grosse, und zwar entfällt das Mehr auf die Nichtbelasteten. Bei den ausgeschiedenen Paralysen tritt das Uebergewicht der Nichtbelasteten noch stärker hervor. Geheilt ist von den ausgeschiedenen Paralysen keine.

Die Zahl der in dem 25 jährigen Zeitraum Gestorbenen beträgt 12,8% der Gesammtaufnahme. Die grösste Zahl der Gestorbenen stand im Alter von 30—50 Jahren. Die grösste Sterblichkeit fand sich bei Männern zwischen 30—40 Jahren, bei Frauen zwischen 40—50 Jahren. Bei den Männern fällt der höchste Prozentsatz mit 22% auf die Paralyse.

Von den Todesursachen ist hervorzuheben, dass 14% an Pneumonie 16,4% an Phthisis starben und 6% durch Succidium endeten.

Hieran schliesst sich ein Anstaltsbericht über die Zeit vom 1. Januar 1883 bis 31. Dezember 1884. In diesem Zeitraum betrug die Zahl aller Verpflegten 223. Neu aufgenommen .wurden 142. Die Mehrzahl war ledig 43%; 42% waren verheirathet, 14% verwittwet. An Melancholie litten 63 (22 M. 41 Fr.). Ein armer Arbeiter hatte 7 Jahre vor seiner Aufnahme für 1200 Mark Opiumpulver verbraucht. Manisch waren 18 M. 3 Fr. Primärer Wahnsinn war bei 15 (7 M. 8 Fr.) vorhanden; paralytisch waren 4, epileptisch 5, Idioten 2, blödsinnig 24, Potatoren 2. Die Zahl der Rückfälle war eine ansehnliche 21%. Directe erbliche Anlage fand sich bei 28,1%.

Geheilt wurden 33%. Unter den geheilten Melancholikern kam 1 Mann nach vierjährigem, eine Frau nach siebenjährigem Aufenthalt in der Anstalt zur Genesung. Gebessert entlässen wurden 15%, Ungeheilt 37,3%.

Gestorben sind 14, davon 3 Männer an Paralyse.

Der Gesundheitszustand im Allgemeinen war recht gut. Eine entwichene Frau hatte die Idee, dass sie nicht selbst Hand an sich legen dürfe, sondern nur der Director oder ihr Mann. Da sie glaubte von ihrem Manne am ehesten diese „Wolthat" zu erlangen war sie entwichen. Im Wart- und Dienstpersonal trat vielfacher Wechsel ein.

Neuendorff (Bernburg).

IV. Tagesgeschichte.

Die preussische Staatsbehörde geht jetzt ernstlich mit der Absicht um, eine besondere *Irrenstation bei dem Zellengefängniss in Moabit* für geisteskranke oder Geisteskrankheit heuchelnde Verbrecher einzurichten. Aus dem Ministerium des Innern ist den betheiligten Behörden das Bauprojekt zur Genehmigung bereits zugegangen. Der Minister des Innern hat die äusserste Beschleunigung der Vorarbeiten zu dem Bauprojekt angeordnet.

Herrn Dr. Emminghaus, Professor der Psychiatrie in Dorpat hat einen Ruf nach Freiburg i. B. erhalten und wird demselben Folge leisten.

Die bekannten „Schmidt's Jahrbücher" erscheinen vom 1. April ab unter der Redaction unserers verehrten Mitarbeiters Dr. Möbius und des Herrn Dr. Dippe. Wir wollen nicht unterlassen unsere Leser hierauf aufmerksam zu machen; die Namen der Redacteure sind die besten Empfehlungen für die beliebte Monatsschrift.

Am 3. d. M. feierte die Privat-Irrenanstalt des Dr. Guentz in Thonberg das Jubiläum ihres 50 jährigen Bestehens unter grosser Betheiligung. Wir wünschen der Anstalt auch für die zweiten fünfzig Jahre glückliches Gedeihen und segensreiche Wirksamkeit.

Redaction.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Sorau, Assistenzarzt, 2000 M., freie Wohnung, Heizung etc 2) Allenberg (Ostpreussen), III. Arzt (Assistenzarzt), sofort, 1200 M und freie Station. 3) Hildesheim, Assistenzarzt, 900 M. und fr. Stat. I. Cl. 4) Königslutter, 3. Assistenzarzt, 1000 M. und freie Station. 5) Bunzlau, III. Arzt, 15. Mai, 1500 M. und freie Station. 6) Klingenmünster, II. Assistenzarzt, sofort, 1200 M. und freie Station. 7) Dalldorf, Volontairarzt, sofort, 600 M. und freie Stat. 8) Brieg (Schlesien), II. Arzt, 1. Mai, 1800 M. und freie Wohnung etc. 9) Rybnik, Assistenzarzt, sofort, 1500 M. und freie Station. 10) Uckermünde (Pom.), II. Arzt, sogleich, 2700 M. und freie Familienwohnung etc. 11) Bonn (Prov. Irren-Anstalt), Volontairarzt, 1. Juli, 600 M. und freie Station. 12) Roda (Sachs.-Altenburg), Assistenzarzt, sofort, 1000 M. und freie Station. 13) Nietleben (bei Halle a. S.), Volontaiarzt, 1200 M. und freie Station. 14) Heidelberg (Psych. Klinik), Assistenzarzt, sofort, 900 M. und freie Station.

Todesfall: Le Grand du Saulle, (56 Jahre alt), in Paris.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12.

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

9. Jahrg. 1. Juni 1886. Nro. 11.

Inhalt.

I. Originalien.

I.

Zur Behandlung resp. Niederhaltung des Selbstverstümmelungstriebes geistesgestörter Individuen.

Von Dr. RABOW in Berlin.

Zu den unheimlichsten und schwierigsten Kranken der psychiatrischen Praxis gehören unstreitig die mit dem unwiderstehlichen Triebe

behafteten, ihrem eigenen Dasein gewaltsam ein Ziel zu setzen oder ihrem Körper Grauen und Entsetzen erregende Verstümmelungen beizubringen. Während nun die Anstaltsärzte an die unheimlichen Machinationen der Selbstmordsüchtigen — wegen ihres gar zu häufigen Vorkommens — ziemlich gewöhnt sind und — Dank zweckmässiger Einrichtungen und zuverlässiger Ueberwachung — dem Conamen suicidii meistens wirksam entgegenzutreten vermögen, gerathen sie gewöhnlich in nervöse Unruhe und ängstliche Besorgniss, sobald ein ihnen anvertrauter Patient, den schauerlichen Trieb merken lässt, sich selbst zu verstümmeln, seine Augen zu attaquiren, die Haare auszuraufen, sich die Genitalien zu verletzen u. s. w. Die sorgsamste Ueberwachung und Behandlung bietet hier bekanntlich keinen genügenden Schutz. Der grösste Theil der Ursache meiner schlaflosen Nächte während einer langjährigen Anstaltspraxis darf mit vollem Rechte auf das Conto der eben geschilderten Gruppe von Kranken gesetzt werden. Beständig kam mir dabei Bergmanns Kranke, die sich die Augen aus der Orbita herauswühlte, in den Sinn. Ferner musste ich an jene melancholische Dame denken, die unausgesetzt von zwei Wärterinnen bewacht, beim Wassertrinken ihr Glas scheinbar ganz unabsichtlich zur Erde fallen lässt und auf diese Weise in den Besitz eines Glassplitters gelangt, mit dem sie sich in der Nacht unter ihrer Bettdecke ein förmliches Loch in ihrem Abdomem aushöhlt.

Wenn wir einen Blick auf die Casuistik der einschlägigen Literatur aus neuerer Zeit werfen, so verdienen an dieser Stelle folgende Fälle einer kurzen Erwähnung.

In den Annales méd-psychol.[1]) März 1883 wird von einer melancholischen Frau berichtet, die sich mit dem Beile die rechte Hand abgehauen hat und nicht viel später in Heilung überging. Ferner erzählt Adam[2]) von einer hallucinatorisch Verrückten, die sich das rechte Auge ausgebohrt hatte und von einem jungen Verrückten mit religiösen Wahnideen und lebhaften Sinnestäuschungen, der sich den Penis amputirte. Beide Kranke konnten nur durch die mühevollste unausgesetzte Ueberwachung in der Anstalt von weiteren Selbstverstümmelungen abgehalten werden. Später besserten sich beide.

Martinenq[3]) berichtet gleichfalls über einen recht characteristischen Fall. Eine unter melancholischer Verstimmung und Hallucinationen erkrankte Frau macht Selbstmordversuche und verstümmelte sich wiederholt. Einmal stach sie sich eine 9cm. lange Compassnadel unter die unterste Rippe links in den Unterleib, so dass die ganze Nadel in der Richtung von vorn nach hinten in der Bauchhöhle steckte. Ein anderes Mal riss sie sich das rechte Auge mit dem Sehnerven ganz, das linke beinahe aus. Es bestand damals bei ihr Analgesie. Einige Monate später trat Heilung der psychischen Stö-

[1]) Cas de guérison rapide de lypemanie avec mutilation.

[2]) Adam: Cases of self-mutilation by the insane. (The journ. of ment. science Juli 1883.)

[3]) Annales méd. psycholog. Novbr. 1884.

rung ein, ebenso nahmen die selbst beigebrachten Verletzungen einen wunderbar günstigen Heilverlauf.

Die interessante Beobachtung, dass derartige Verletzungen gerade bei Geisteskranken sehr häufig überraschend schnell und gut heilen, ist bereits vielfach gemacht worden; auch ich kann dieses Factum nach den von mir gemachten Erfahrungen nur vollauf bestätigen.

Seit länger als zehn Jahren habe ich mich gegenüber diesen gefahrdrohenden Symptomen seitens der vorerwähnten Krankengruppe einer eigenthümlichen Behandlungsmethode mit Erfolg bedient. Derselben eine ausgedehntere Anwendung zu verschaffen, ist der Zweck meiner heutigen Publikation. Auf diese Behandlungsart wurde ich zufällig geführt, als ein mir befreundeter Augenarzt nach seiner Rückkehr aus England die Mittheilung machte, dass er dort bei einem hervorragenden Ophthalmologen ein eigenthümliches Verfahren kennen gelernt habe, Patienten, nach der Cataract-Operation, zu verhindern, nach den Augen zu greifen und sich Schaden zuzufügen. Dieselbe Methode imponirte mir sowohl durch ihre Einfachheit wie durch die Leichtigkeit ihrer Application, und ich suchte sie sofort der Bekämpfung gewisser unheilvoller Symptome und Triebe dienstbar zu machen, denen wir nicht selten bei Geisteskranken begegnen. Das Verfahren besteht einfach darin, den betreffenden Individuen beide Ellenbogengelenke (in gestreckter Haltung der oberen Extremität) zu immobilisiren. Dies geschieht entweder vermittels eines aus starker Pappe angefertigten Hohlcylinders, der über die Gelenke gestreift und passend befestigt wird oder durch Anlegen von (improvisirten Verbänden) Holzschienen, übereinandergelegten Cigarrenbrettchen, etc., die in geeigneter Weise mit einer Binde zur Ausserfunctionssetzung des Gelenkes verwendet werden können. Mitunter bediente ich mich auch zu diesem Zwecke des Hanf-Gypsverbandes, der nach baldiger Erhärtung seitlich aufgeschnitten und bei demselben Individuen (durch eine Binde befestigt) immer von Neuem Verwendung finden konnte. — In solchem Zustande sind die Kranken ausser Stande, in zerstörungssüchtiger Absicht nach ihren Augen zu greifen, sich die Haare auszuraufen, unpassende Gegenstände in den Mund zu stecken, mit einem Worte, es ist ihnen erschwert, fast zur Unmöglichkeit gemacht, aggressiv gegen sich vorzugehen. In welche hülflose und abhängige Lage Patienten mit doppelseitiger Ellenbogenaffection gerathen, wenn die Gelenke so ankylosiren, dass beide Arme steif gestreckt bleiben, wird mancher Chirurg aus Erfahrung wissen! Viel besser sind in dieser Beziehung schon solche Kranke daran, bei denen wenigstens auf einer Seite der Arm nur im rechten oder annähernd rechten Winkel ankylotisch ist, denn sie vermögen die Speisen selbst in den Mund zu führen, können also allein essen und sich besser forthelfen. —

In einer nicht unerheblichen Anzahl von selbstverstümmelungssüchtigen Geisteskranken, habe ich mir die oben erwähnte Erfahrung zu Nutze gemacht und durch geeignete Immobilisirung ihrer beiden Ellenbogengelenke ihrem verderblichen Triebe wirksam entgegengearbeitet. Dass nebenher niemals die sorgsamste Ueberwachung ausser

Acht gelassen werden durfte, braucht als selbstverständlich nicht weiter erwähnt zu werden. —

Um den Rahmen einer kurzen Mittheilung nicht über Gebühr zu überschreiten, will ich mich damit begnügen, nur einige hierhergehörige Fälle in möglichster Kürze anzuführen.

Fall 1. P., grosser kräftiger 40 jähriger Mann. Seit einiger Zeit Hallucinationen mit melancholisch religiösem Charakter. Betet viel, da die Zahl seiner Sünden gross. Schlägt plötzlich mit den Fäusten nach den Augen, um dieselben zu zerstören. Da er trotz Ueberwachung von der Wiederholung solcher Attaquen gegen die Augen nicht abgehalten werden kann, werden ihm durch zwangsmässiges Verbinden beide Ellenbogen so steif gemacht, dass er überhaupt nicht mehr an sein Gesicht gelangen kann. Bei anderweitiger sorgfältiger Behandlung (Morphiuminjection u. s. w.) liess der vorerwähnte Verstümmlungstrieb schon nach einigen Tagen nach und Patient wurde später ein fleissiger Arbeiter in der Anstalt.

Fall 2. Jenny G., Schwachsinnige Epileptica, 20 J. alt, reisst sich ohne Angabe von Gründen jeden Tag ganze Hände voll Haare aus. Durch Umlegen eines gut befestigten Hohlcylinders aus Pappe um die Ellbogen, die nur zur Essenszeit abgenommen werden, bleibt der weitere Bestand ihres Haarbesitzes erhalten.

Fall 3. S. Primaner, 18 Jahre alt, seit einigen Monaten epileptisch (angeblich in Folge geistiger Ueberbürdung). In der Anstalt traten an Stelle der früheren Convulsionen zeitweise Wuthanfälle ein, die Stunden lang andauern und in denen Pat. von dem Verlangen überwältigt wird, sich die Augen auszureissen. Es werden zu solchen Zeiten die Ellenbogengelenke in der angegebenen Weise behandelt. S. lässt sich dies gern gefallen und bittet bei eintretender Aura häufig selber um den Verband.

Fall 4. H., 25 jährige, jung verheirathete Frau. Erblichkeit. Vaginismus. Bald nach der Hochzeit maniakalische Erregung mit religiösen Wahnvorstellungen. Obgleich von mehreren Wärterinnen beständig überwacht, gelingt es ihr doch, sich fortwährend Haare auszuraufen. Als sie auf diese Weise schon um mehr als die Hälfte ihrer Haare gekommen, wird zu dem betreffenden Schutzverbande geschritten, der Wochen lang erneuert wurde (bis Besserung eintrat) und vor weiterem Verlust der Haare schützte.

Fall 5. Frau K., 50 Jahre alt, aufgeregte, gegen sich und andere agressive Kranke. Greift nach Gegenständen, die sie schnell in den Mund führt und verschluckt. So hat sie auch ihren eigenen Trauring verschluckt. Nach bedenklichen Angriffen auf ihre Augen. Schutzverband der Ellenbogen. Später Besserung und Entlassung.

Diese wenigen Fälle mögen einigermaassen zur Illustrirung des Vorhergesagten genügen. Mancher No-Restraintler strengster Observanz könnte jedoch hierüber missbilligend das Haupt schütteln, da ja jeder Zwang aus Princip zu verwerfen ist. Doch — ich glaube, mich darüber ruhig hinwegsetzen zu können. Mit den bekannten Uebelständen und Inconvenienzen der Zwangsjacke hat die Anlegung eines

einfachen Verbandes zum Schutze des unglücklichen Patienten nichts gemein. Von zweien Uebeln muss stets dem kleineren der Vorzug gegeben werden. —

Zum Schlusse möchte ich noch einer eigenthümlichen nervösen Affection gedenken, bei der sich eine derartige Ausserfunctionssetzung anderer Gelenke, nämlich der Kniegelenke, recht vortheilhaft und heilsam erwies. Es handelte sich in diesem Falle um einen schwächlichen, 20 jährigen, niedern Postbeamten, der seit der Pubertätszeit an den Erscheinungen des „Nachtwandelns" litt. Er verliess häufig Nachts im Schlafe das Bett, ging umher, kletterte aufs Fenster, verletzte sich auch einige Male beim Eindrücken von Fensterscheiben u. s. w. Gewöhnlich wurde er von dem mit ihm in demselben Zimmer schlafenden Vater erweckt und in's Bett zurückgebracht. Als sich das sogen. Nachtwandeln fast in jeder Nacht wiederholte (bei der an denselben Erscheinungen leidenden Schwester war die Affection nach längerem Bestehen von selbst verschwunden), bat mich der Patient vor einem Jahre, ihm gegen dieses Leiden ein wirksames Mittel zu verordnen. Er fürchtet beständig, dass ihm einmal während des Schlafwandels ein schwerer Unfall zustossen könnte. Ausser einigen innern Mitteln rieth ich nun dem Pat. in erster Linie, sich jeden Abend beim Zubettgehen die beiden unteren Extremitäten im Kniegelenke durch Cigarrenbrettchen und Binden steif zu machen. Dies geschah nach Vorschrift. Bei jedem Impuls, die unheimliche Wanderung anzutreten, erwachte der in seiner Gehbewegung stark behinderte Patient sofort und blieb im Bette. Fortan fühlte er sich beruhigt und geschützt, und seit mehreren Monaten ist er von dieser Affection überhaupt verschont geblieben.

II.

Ueber idiopathischen Zungenkrampf.

Von Professor Dr. M. BERNHARDT.

Der in Nro. 5 dieses Centralblattes bekannt gegebene „Fall von idiopathischem Zungenkrampf" erinnert mich an eine im Jahre 1882 von mir gemachte Beobachtung, die ich in Anbetracht der bis heute noch sehr spärlichen Casuistik solcher Krankheitsformen an dieser Stelle mittheilen will. Es handelte sich um einen im Oktober 1882 von mir zuerst gesehenen 18 jährigen Kellner Oscar R....... Der Vater war verstorben, soll nie nervös gewesen sein; die Mutter und 7 Geschwister lebten und waren gesund; eine Schwester war geisteskrank. Patient hatte als Schüler Onanie getrieben und abnorm früh (schon seit seinem 14. Jahre) geschlechtlichen Umgang gehabt. Seit seinem 16. Jahre war er in einem Weingeschäft thätig: er hatte sehr viel zu thun, verwaltete eine verantwortliche Stellung, liess sich nichts zu Schulden kommen, trank aber sehr viel Wein, angeblich ohne sich je zu betrinken. Er war dabei oft todtmüde und musste sich öfter hinsetzen. — Im Frühling 1882 zog er sich eine rechtseitige Facialislähmung in Folge von Erkältung zu, die nach wenigen Wochen

durch eine elektrische Kur geheilt wurde; im Sommer desselben Jahres acquirirte er einen Schanker, von dem im Oktober nichts mehr zu sehen war; Zeichen von Syphilis bestanden nicht. Seit einigen Monaten (Juli 1882) musste er oft, auch wenn er ausgeschlafen hatte, den Tag über *abnorm häufig gähnen*, wobei Thränen secernirt wurden und der Mund übermässig lange geöffnet blieb. Zugleich stellten sich *unwillkürliche, krampfhafte Bewegungen der Zunge* ein: sie bäumte sich auf, schlug gegen den Gaumen an, beugte sich dann wieder abwärts, kam aber nie über die Zahnreihen hinaus und wurde auch nie zerbissen. Das Bewusstsein ging nie verloren, nur wurde dem Patient dabei siedend heiss, er wurde unruhig, sprang vom Stuhle auf. Der Krampf hielt oft Stunden lang an und wechselte mit. bezw. wurde begleitet von abnormen Spannungsgefühlen am Zungenbein und am Kehlkopf. — Hatte er sehr viel zu thun, so besserte sich der Zustand; beim Essen, beim Trinken zeigte sich der Krampf nie, auch blieb er während des Sprechens aus, um sofort in der Ruhe wieder zu beginnen.

Nachdem Patient einige Tage lang die von mir verordneten Pillen (Zinc. oxyd., Extr. Bellad. aa. 1,0 — 40 Pillen — 4 Pillen pro die) genommen hatte, milderten sich die Erscheinungen und waren Ende November 1882 (angeblich nachdem Patient sich das „Priemen" angewöhnt hatte) ganz verschwunden. —

Die beschriebenen Erscheinungen hatten sich also bei einem nervös disponirten und durch Excesse in bacho et venere geschwächten Manne entwickelt: es handelte sich nach dem zur Zeit noch herrschenden Sprachgebrauch um eine „Neurose", über deren pathologisch-anatomische Grundlagen bestimmte Angaben zu machen verfrüht wäre. Jedenfalls bestand hier keine Aphthongie im Sinne Fleury's, bei der sich Krämpfe im Hypoglossus-Gebiet einstellen, sobald der Kranke zu sprechen versucht (gerade das Umgekehrte war ja hier der Fall), und dieses unmöglich machen.

Schliesslich will ich noch auf eine Beobachtung von Ganghofner (Prager Med. Wochenschr. 1882. Nro. 41) aufmerksam machen. Es handelt sich da um einen 19jährigen Mann, der seit der Jugend an krampfhaften Zusammenziehungen der Zungenmuskulatur litt, welche auftraten, sobald er zu sprechen anfing; dieselben wurden von Zuckungen der linksseitigen unteren Facialismuskeln begleitet; zeitweilig bemerkte man dabei auch ein Zucken der rechten unteren Extremität beim Deklamiren auswendig gelernter Gedichte, beim Singen eines Liedes; bei *sehr schnellem* Sprechen blieben die Zungenkrämpfe aus. Patient war zwar anämisch, sonst aber gesund; wenn er sprach, bot er nichts Abnormes dar. Die Mutter litt seit ihrer Jugend an Schwerhörigkeit, ein Bruder hatte, ebenfalls seit der Jugend, denselben Sprachfehler, wie der Kranke, eine Schwester war epileptisch. — Eine Bromkaliumtherapie erwies sich erfolglos. —

Hierher gehört auch wohl der von C. Wendt im Americ. Journ. of Med. Sc. January 1885. S. 173 veröffentlichte, einen 36jährigen sonst gesunden Mann betreffende Fall von Unilateral Spasm. of the

tongue. Die anfallsweise auftretenden Zuckungen betrafen *nur* die rechte Zungenhälfte: diese wurde alle Paar Stunden auf $1/2$ bis mehrere Minuten steif und starr. Zeitweilig blieben die Krämpfe auch 2—3 Tage aus. Patient klagte über ein dauerndes Gefühl von Wund- und Wehsein an der rechten Tonsille: ein Specialist constatirte eine Deviation der knorpligen Nasenscheidewand nach rechts und Schwellung beider unteren Muscheln. —

Eine galvanische Behandlung führte (in diesem Falle von Reflexkrampf? Ref.) Heilung herbei.

II. Original-Vereinsberichte.

1. Bericht über die XI. Wander-Versammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte am 22. und 23. Mai in Baden-Baden.

Von Dr. L. GOLDSTEIN in Aachen.

Den Vorsitz am ersten Sitzungstage der zahlreich besuchten Versammlung führte Erb; Schriftführer waren Laquer und Hoffmann. Eine stattliche Anzahl von Vorträgen stand auf der Tagesordnung. Den Reigen eröffnete

292) **Goltz**: (Strassburg): *Zur Physiologie der Grosshirnrinde.* Redner gab in grossen Zügen seine bekannte Ansicht über die Lokalisationslehre und führte im Wesentlichen das vor, was er bei Gelegenheit der Strassburger Naturforscher-Versammlung demonstrirt und erläutert hat (siehe darüber meinen Bericht in Nro. 20, 1885). Neue Versuche lassen ihn bei seiner Ansicht verharren. Ganz besonders betont Vortr. noch einmal die merkwürdige Störung, dass Thiere mit beiderseitigen Zerstörungen der sog. motor. Zone ausser Stande sind, selbständig Nahrung zu sich zu nehmen, auf welchen Punkt der menschlichen Pathologie man in Zukunft achten möge. Grosse *einseitige* Verletzungen können ohne jede Störung verlaufen. Auch die Versuche an Affen lehren, dass die anfänglichen motor. Störungen bis zu einem gewissen Grade rückgängig werden, von einer dauernden Hemiplegie kann keine Rede sein. Die Vertretung einer Hirnhälfte durch die andere ist eine sehr weit gehende und muss durch die symmetrische Hälfte statt haben (im Gegensatz zu Luciani). —

293) Der zweite Redner war **Wiedersheim** (Freiburg): *Ueber die Urgeschichte der höheren Sinnesorgane.* Das waren sehr interessante Untersuchungen, die leider ohne Abbildungen schwer verständlich zu machen sind. Wir begnügen uns, unseren Lesern mitzutheilen, dass Vortr. ausgehend von dem sogenannten 6. Sinn, wie ihn Leidig und Schultze für die Amphibien festgestellt haben, ausführte, dass die höheren Sinnesorgane genetisch nichts anders sind als Organe eines 6. Sinnes, die einem Funktionswechsel unterworfen werden. Die Zirbeldrüse ist höchst wahrscheinlich ein rudimentäres Sinnesorgan, wahrscheinlich des Auges.

Nach diesen physiologischen und anatomischen Einleitungen kamen wir direct in's pathologische Fahrwasser als
294) **Erb** *über Muskelbefund bei der juvenilen Form der Dystrophia muscul. progressiva* sprach. Vortr. bleibt, bis ein besserer Name gefunden ist, bei der *Dys*trophia bestehen und betont dies Schultze gegenüber. Sein Fall betraf einen 41 jährigen Metzger, der im 34. Lebensjahre einen schweren Sturz auf den Rücken erlitten. 4 Wochen war er bettlägerig, darauf aber wieder arbeitsfähig. Erst 1—1½ Jahre später traten Erscheinungen von zunehmender Schwäche der Schultern und oberen Extremitäten, später auch der unteren Extremitäten auf. Er bot ein exquisites Bild der juvenilen Form der Dystrophie dar. Atrophische, hypertrophische, normale Muskeln. Vortr. liess Stücke aus dem musc. deltoid. und biceps schneiden. Die mikroskopisch untersuchten Fasern des deltoid. waren fast sämmtlich hochgradig hypertrophisch; die Form der Fasern war im Querschnitt rundlich und es zeigten sich Spaltungen einzelner Fasern, das Bindegewebe war mässig vermehrt, die Kernanhäufung nicht hochgradig, die Gefässe waren verdickt. Im *Biceps* fanden sich zwei Bündel verschiedenen Grades. Die einen wie beim Deltoideus, die anderen in weiter vorgeschrittenem Stadium. Im Wesentlichen sind es dieselben Veränderungen wie bei der Pseudohypertrophie, nur ist bei letzterer die Bindegewebsbildung erheblicher.
295) **Fürstner** (Heidelberg) berichtet dann über *spinale Erkrankungen bei progressiver Paralyse.* Vortr. hat in den letzten Jahren eine Reihe von Fällen beobachtet, in denen zweifellos spastische und tabische Erscheinungen als primäre Erscheinungen bei der progressiven Paralyse auftraten. In der Mehrzahl der Fälle sind die cerebralen Symptome hochgradig entwickelt, wenn spastische, weniger wenn tabische Erscheinungen bestehen. In zwei Fällen fand Vortr. Degeneration der Pyramidenseitenstränge, ausserdem aber Degeneration der Kleinhirnseitenstrangbahn. Zunächst war wohl letztere erkrankt. Besondere Erscheinungen im klinischen Bilde, welche auf die primäre Erkrankung schliessen liessen, waren nicht vorhanden. Auffällig war nur eine rapide Abmagerung in beiden Fällen. Vortr. theilt die hiehergehörigen Fälle in 3 Gruppen ein; erste Gruppe mit tabischen, zweite mit spastischen und dritte mit zuerst spastischen Erscheinungen, die dann aber wieder zurückgehen. Es wäre von Wichtigkeit festzustellen, ob der anatomische Sitz im Cerebrum bei diesen Fällen immer derselbe ist. Weitere Untersuchungen müssen hierüber Aufschluss bringen.
296) Wie die Neurologen sich bemühen, den Hirnnervenursprüngen auf die richtige Spur zu kommen zeigte dann, **Edinger** (Frankfurt a. M.), indem er seine neuen Untersuchungen über die Kerne des Acusticus-Ursprungs mittheilte. Ein näheres Eingehen auf diese sehr complicirte Materie ist ohne erläuternde Schemata kaum möglich. Als interessant wollen wir nur hervorheben, dass Vortr. eine Verbindung des Acusticus-Kernes mit dem Abducens-Kerne fand.
297) Der von **Thomas** (Freiburg) vorgetragene *Fall von Polyneuritis* war wegen der dabei auftretenden transitorischen Glycosurie von Inte-

resse. Die Behandlung hatte anfänglich in hohen Dosen Salycil bestanden, 8—10 grm. pro die, theils intern, theils per clysma. Die Zuckermenge des nicht vermehrten Harnes, dessen spec. Gewicht unwesentlich erhöht war, war nicht unbedeutend. Der Fall endete mit völliger Genesung, nachdem in letzter Zeit noch der faradische Strom (constanter war in dem betreffenden Dorfe nicht vorhanden) zur Anwendung gekommen.

298) **Rumpf** (Bonn): *Zur Pathologie der motorischen Rindencentra.* Der betreffende Patient hatte einen Schlag auf den Kopf erhalten, war bewusstlos zusammengestürzt. Als er erwachte waren der rechte Arm und beide Unterextremitäten gelähmt. Hochgradige Steigerung der Reflexe. Trotz sorgfältigster Untersuchung sämmtlicher Gefühlsqualitäten fand sich in Bezug auf Sensibilität nichts Abnormes. Ein impressionirtes Knochenstück wurde aus dem Schädel herausgemeisselt, wonach sich schnell eine Besserung einstellte, so dass Patient, der früher unter Schütteln und Zittern nur eine Spur von Bewegung hervorrufen konnte, bald mit zwei Stöcken gehen lernte. Der Arm ist nahezu vollständig wieder gut geworden. Im Gegensatze zu Munk zeigt aber vor allem dieser Fall, dass die Sensibilität mit den betreffenden Centren der Hirnrinde nichts zu thun hat, sondern dass dieselben nur motorische sind.

299) Endlich sprach **Hack** (Freiburg): *Zur Therapie der Basedow'schen Krankheit.* Eine 17 jährige Dame hatte schon in früher Kindheit Exophthalmus beiderseits; auffallende Verstopfung der Nasenhöhle. Vor 5 Jahren Rheum. acut. Vor 1 Jahre Herzklopfen. Verbreiterung der Herzgrenzen nach links. Ein Schilddrüsenlappen vergrössert. Nach Cauterisation der unteren Muschel auf der einen Seite verschwand Exophthalmus der betr. Seite sofort, später derjenige der anderen Seite und das nervöse Herzklopfen. Die Dämpfungsgrenze war auf die Norm zurückgekehrt. Die Pupillenerweiterung wurde durch die Operation nicht beeinträchtigt. Vortr. erklärt sich den Exophthalmus aus der Blutüberfüllung der Orbitalhöhle, bedingt durch Gefässdilatation und Turgescenz des retrobulbären Bindegewebes. Ferner sei es möglich, dass vasodilatatorische Vorgänge in den Coronararterien des Herzens stärkere Thätigkeit der Ganglien bedingten.

Diese gewiss recht kühnen Behauptungen bildeten den Schluss des wissenschaftlichen Theiles des ersten Tages, dem dann der gemüthliche in Gestalt eines heiteren Festmahles, gewürzt durch poetische und prosaische Genüsse folgte.

(Schluss folgt.)

II. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 10. Mai 1886.

300) *Diskussion über den Vortrag des Herrn* **Westphal.** (cf. dies. Centralbl. S. 265.)

Bernhardt hat mehrere Fälle gesehen, in denen das Kniephänomen spät verschwand, kann aber über keine Obduction berichten.

Mendel beobachtete auch öfter Fälle, in denen das Westphal'sche, Zeichen fehlte. Dass sie Tabes waren, zeigte das Schwinden des Kniephänomens im weiteren Verlauf. Sodann wirft er die Frage auf, wann durch eine cerebrale Erkrankung Verschwinden des Kniephäno-

mens bedingt werde, da es Fälle gibt, in denen das Kniephänomen fehlt, ohne dass Tabes oder eine andere Krankheit, bei der das Kniephänomen zu verschwinden pflegt, vorhanden ist, in denen vielmehr eine Gehirn- resp. Kleinhirnerkrankung sich vorfindet. Er selbst machte zwei derartige Beobachtungen: 1) Affektion des Kleinhirns; die Diagnose war gestellt; es fehlte das Kniephänomen. Section: Geschwulst im Oberwurm und der rechten Kleinhirnhemisphäre; keine Veränderung im Rückenmark. 2) Ein bisher gesunder Mann erkrankte apoplektisch und bekam eine Parese beider Beine und der Arme, sowie Sprachstörung und einseitige Facialisparese. Nach zwei Jahren traten ataktische Erscheinungen, besonders in den Unterextremitäten, auf. Das Kniephänomen war anfangs und ist auch jetzt nicht vorhanden. Es handelt sich wohl um eine Blutung in die Brücke oder etwas weiter nach hinten, nicht um eine Rückenmarksaffektion. Schliesslich erwähnt M. noch einen Fall von Hemiplegie mit fehlendem Kniephänomen, ohne Affektion des Rückenmarks, welcher im „Brain“ kürzlich publicirt wurde.

Bernhardt sah nach Operation eines Sarcoms des Auges bei dem betreffenden Pat. Ataxie, Fehlen des Kniephänomens. Es war offenbar keine Tabes, sondern es lagen disseminirte Herde im Hirn vor.

Thomsen hat 10 Fälle von Meningitis cerebro-spinalis resp. tuberculosa beobachtet und in der Hälfte der Fälle das Kniephänomen ganz fehlen oder verschwinden gesehen. Nur in einem dieser Fälle kehrte es zurück. In der anderen Hälfte war es zum Theil erhöht. Er fand im Rückenmark und in den Nervenwurzeln keine Veränderungen. Französische Forscher haben nur Prozesse an peripherischen Nerven bei Tuberculose gefunden. Th. hat die peripherischen Nerven zwar nicht untersucht, meint aber, es dürften Alterationen derselben vorliegen bei fehlendem oder erhöhtem Kniephänomen.

Westphal zieht zur Erklärung des öfter beobachteten Fehlens des Kniephänomens bei cerebralen Erkrankungen die bedeutende Abnahme des Muskeltonus in derartigen Fällen herbei. Das Kniephänomen komme desswegen nicht zur Ausbildung. Dass cerebrale Vorgänge von Einfluss auf dasselbe seien, beweise unter Anderem auch ein von ihm beobachteter Fall, in dem bei Bewusstlosigkeit des Patienten das Kniephänomen fehlte, sobald derselbe aber zu sich gekommen war, wieder erschien. Die Versuche von Jendrassik könne man auch zur Erklärung heranziehen.

301) **Remak**: *Krankenvorstellung.* Der 42jährige Schlosser, welcher in einer Fabrik landwirthschaftlicher Maschinen mit dem Giessen von Formen aus Blei und Antimon sowie mit Löthen beschäftigt war, zeigt ausser zeitweisen Schmerzen im Leibe eine seit November vorigen Jahres entstandene *Bleilähmung* des rechten Vorderarmes und der Hand, die ihn seit Januar d. J. ganz arbeitsunfähig machte. Bei der ersten Untersuchung im März bestand ausserdem eine heissere, klanglose Sprache. Es fand sich beiderseitige Stimmbandlähmung und zwar waren die Musc. crico-arytaenoidei postici am meisten, weniger die Interni und Adductores ergriffen, Störungen des Kehlkopfs sind übrigens bei

Bleiintoxikation schon öfter beobachtet. Die Zunge wich in einem nach links konvexen Bogen ab und zeigte fibrilläre Zuckungen. Rechts bestand eine Einkerbung der Zunge und bei der Palpation waren die Muskeln rechts matsch, links fest anzufühlen. Bei der electrischen Untersuchung fand sich partielle Entartungsreaction der oberflächlichen Zungenäste des Hypoglossus. Die Bewegungen der Zunge nach links rechts und oben sind nicht gestört. Die Atrophie erstreckte sich nur auf die betreffenden Binnenmuskeln der Zunge. Die Sensibilität der Zungenschleimhaut war intakt. Daneben bestand eine rechtsseitige Gaumenlähmung, die Uvula war nach links verzogen, das Velum hob sich rechts mangelhaft. Im Facialisgebiet war Zittern der Lippenmuskeln und leichte Ptose des linken Auges. Bei der Blickrichtung nach rechts war ein Defect im Sinne des Musc. rect. ext. des rechten und des rect. int. des linken Auges. Ophtalmoskopischer Befund normal, beiderseitige reflectorische Pupillenstarre (Uhthoff.) Das Kniephänomen war vorhanden, sonstige Erscheinungen von Tabes fehlten.

Die Hemiatrophia linguae wird in Frankreich als Symptom der Tabes angesehen. Im vorliegenden Falle ist indess keine Tabes vorhanden. Es fragt sich, ob, wenn die Lähmung der Hand im mitgetheilten Falle eine saturnine ist, auch die anderen Lähmungserscheinungen mit dem Blei in Zusammenhang gebracht werden dürfen. Larynxstörungen sind nur bei Bleivergiftung öfter beobachtet, Lähmungen höher gelegener Hirnnerven sind nicht bekannt, jedoch kommt eine Neuritis optica dabei vor. Die Zungenlähmung hat aber den Character der saturninen Lähmungen und beruht auf einer Erkrankung des Hypoglossus resp. seines Kernes. Dass sie wirklich saturninen Ursprunges ist, dafür spricht der Umstand, dass bei Bleivergiftung das Ergriffensein viel gebrauchter Glieder und Theile etwas gewöhnliches ist, und dass Patient als Ausgeber der Instrumente den ganzen Tag über sprechen musste. Ausserdem war er auch Potator strenuus. Die Anstrengungen der betreffenden Muskeln dürften zur Erklärung für die Erkrankung der Zunge und auch des Kehlkopfs herangezogen werden. Die reflectorische Pupillenstarre ist bei Bleivergiftung nicht bekannt, wohl aber bei Alcoholismus chronicus. Gegen eine alcoholistische Neuritis spricht manches. Es fehlt dabei das Kniephänomen und es scheinen immer diffuse Prozesse vorhanden zu sein. Der vorliegende Fall spricht weniger für den peripherischen Sitz des Prozesses, der ihm zu Grunde liegt.

In der *Diskussion* fragt Herr Mendel, ob der Patient prieme und auf welcher Seite. (Pat. gibt an, dass er auf der rechten Seite stets prieme) M. hält dieses Moment für ätiologisch wichtig.

302) **Oppenheim:** *Beiträge zur Pathologie der Tabes.*

Oppenheim macht Mittheilung über das Verhalten der peripherischen Nerven bei Tabes und anderen Krankheitszuständen. Er hat sich in Gemeinschaft mit Dr. Siemerling seit zwei Jahren mit diesen Untersuchungen beschäftigt. Die gewöhnliche Form der Nervendegeneration, die sich durch Atrophie der Fasern charakterisirt, während der bindegewebige Apparat und die Gefässe im Wesentlichen verschont bleiben fand sich im geringen Grade ausgeprägt unter den verschiedensten

pathologischen Bedingungen und zwar bei Prozessen, die gar nicht vom Nervensystem ausgehen, sondern auf dem Wege der Infection, der Intoxication, der Erschöpfung, des Marasmus den gesammten Organismus schädigen. Die Autoren constatirten diese Alteration sensibler und gemischter Nerven in Fällen von Tuberculose, Typhus, Inanition, senilem Marasmus, Geschwulstcachexie, Arteriosclerose, chronischem Alcoholismus, septischen Processen etc. Einen höheren Grad erreichte die Nervendegeneration aber nur in den sich auch klinisch als „Neuritis multiplex“ darstellenden Fällen.

Weit beträchtlicher waren die Veränderungen in den sensiblen Nerven der Tabeskranken. Hier geht die Atrophie oft so weit, dass man Mühe hat auf dem Querschnitt des Nervenbündels noch ein paar intakte Fasern aufzufinden (Demonstration). Solche Grade der Nervendegeneration wurden constatirt in 7 oder 8 von 13 Tabes-Fällen und zwar in Hautästen aus dem Gebiet der Saphenus major, Peroneus, Ulnaris etc. zweimal auch im Vagus und Laryngeus recurrens. Diese Befunde der hochgradigen Degeneration haben einen besonderen Werth, während man in den Fällen, in welchen sich nur mittlere Grade zeigen, im Zweifel bleibt, ob die Erkrankung auf Rechnung der Tabes oder eines complicirenden Leidens zu bringen sei, da die betr. Kranken zum Theil an Tuberculose oder Pyaemie, Typhus zu Grunde gegangen waren, zum Theil in der letzten Lebenszeit einer erheblichen Macies anheimgefallen waren.

In den grösseren Nervenstämmen, den Stämmen der gemischten Nerven ist die Degeneration immer schwächer ausgeprägt als in den Hautnervenästen, doch wurde im N. Peroneus, Cruralis, Ulnaris oft noch ein erklecklicher Faserschwund constatirt. Ausser der geschilderten Form der Nervendegeneration fand sich nun noch eine andere, welche sich als interstitielle Neuritis, resp. Perineuritis characterisirte und besonders mit starken Gefässveränderungen einhergeht. Diese Art der Nervenerkrankung wurde sowohl in einigen Fällen von Tabes, als auch bei einer an Phthisis, einer an Delirium tremens verstrobenen Person constatirt (Demonstration). Es lässt sich noch nicht mit voller Sicherheit sagen, ob die Tabes an sich zu derartigen Alterationen der periph. Nerven führt. Die peripherische Nervendegeneration ist ein gewöhnlicher, aber nicht regelrechter Befund bei Tabes. In einem Falle wurde trotz weit vorgeschrittener Rückenmarkserkrankung an den sensibeln Nerven der unteren Extremitäten, soweit sie zur Untersuchung gelangten, nichts Pathologisches gefunden. Die schwersten Läsionen fanden sich in weit vorgeschrittenen Fällen, aber eine erhebliche Entartung des N. saph. maj. wurde unter Anderem auch bei einem sich im Initialstadium der Tabes befindenden Kranken constatirt.

In 3 Fällen von Tabes wurden die Spinalganglien untersucht und mit entsprechenden gesunden Individuen verglichen. Eine Uebereinstimmung mit Déjerine's Angaben fand sich insofern, als trotz völliger Atrophie der eintretenden hinteren Wurzel die austretenden Fasern nicht wesentlich verändert gefunden wurden, dagegen consta-

tirten die Autoren einen erheblichen Faserschwund (Weigert'sche Methode) im Ganglion selbst (Demonstration).

Eine Beziehung zwischen der Intensität und Ausbreitung der Hinterstrangdegeneration einerseits und der periph. Nervenerkrankung andererseits besteht nicht. — Diese Nervendegeneration hat sicherlich auch eine klinische Bedeutung, wie aus einzelnen Beobachtungen des Vortragenden hervorgeht.

O. hat inzwischen seine früheren Beobachtungen von Vaguserkrankung bei Tabes erweitert. Bei einer Pat., die an heftigen Larynxkrisen und Heiserkeit gelitten hatte, wurde eine erhebliche Degeneration des Vagus und der Laryngei recurrentes, aufgefunden, während Vaguskern und Längsbündel sich nicht verändert zeigten (Demonstration). In einem zweiten Fall hatte die Erkrankung ebenfalls den Vagus in seinem peripher. Verlauf betroffen, während an einer dritten Beobachtung eine deutliche Atrophie des Längsbündels und der austretenden Vaguswurzeln hervortrat. Es besteht eine gute Harmonie zwischen dieser Degeneration des Laryngeus recurrens und der von O. gefundenen Thatsache, dass in einigen Fällen von Tabes dors., die mit Stimmbandlähmung einhergingen, die electr. Reaction (galvanisch-percutan.) vom Laryng. recurrens aus aufgehoben war.

Dass auch motorische Extremitätennerven an dem tabischen Degenerationsprozesse theilnahmen, gehört jedenfalls zu den Ausnahmen, doch weist der Befund einer interstit. Neuritis darauf hin, da ein solcher Prozess doch die motor. Fasern des gemischten Nerven nicht verschonen würde.

In 8 Fällen wurde ausser den Nerven auch Rückenmark und Med. oblongata untersucht; über die in diesen Organen constatirten Veränderungen wird die ausführliche Publication Mittheilung machen.

Otto (Dalldorf).

III. Referate und Kritiken.

303) **Fürstner** u. **Stühlinger** (Heidelberg): Ueber Gliose u. Höhlenbildung in der Hirnrinde. (Arch. f. Psych. etc. XVII. 1. p. 1.)

Die obige Combination von pathologisch-anatomischen Veränderungen d. h. *Höckerbildung der Grosshirnrinde und darin befindliche Höhlen* fanden die Verfasser in 4 Fällen, welche ebenfals einen sehr ähnlichen klinischen Verlauf genommen hatten. Die über Jahre sich erstreckende Krankheit, welche 2 Männer und 2 Frauen betraf, endete tödtlich im Lebensalter vom 34. bis zum 56. Jahre. 3 von den Patienten boten bereits von Kindheit an Veränderungen des Centralnervensystems: intellectuelle Schwäche, Characterveränderung, krampfartige Erscheinungen und epileptische Insulte. Ueber den vierten waren anamnestische Daten nicht vorhanden. Im Mannesalter entwickelten sich in den beiden ersten Fällen schwere *psychische Störungen* als das *primäre*, in den beiden letzteren bestanden *zunächst* Jahre lang Tabeserscheinungen und Amaurose. Bei allen vier Kranken trat dann *Sprachstörung* auf, die im Wesentlichen

einen paralytischen Character hatte, daneben vorübergehende *aphasische Zustände* (Ataxie und Worttaubheit jedoch beides nicht rein). Anderweitige *motorische* und *sensible* Anomalien und *Reflexveränderungen* waren bei den Einzelnen sehr verschieden und wechselnd. Der Grundton der psychischen Störung bestand in *Demenz*, daneben waren melancholische, maniakalische und hypochondrische Anomalien, ferner Grössenideen vorübergehende und wechselnde Erscheinungen. Die Demenz trug übrigens nicht den gewöhnlichen Character wie bei Paralytikern und Altersblödsinnigen, sondern hatte mehr die eigenthümliche Färbung allgemeiner psychischer Hemmung und Gebundenheit, wie man sie bei Tumor-Kranken (Hirndruck) zu beobachten pflegt.

Von den pathologisch-anatomischen Befunden, wie sie *mehr oder weniger* bei allen 4 Sectionen gefunden wurden, hebe ich folgende hervor: Schädel hyperostotisch, Pia diffus getrübt, verdickt, theilweise verwachsen, Gehirnsubstanz atrophisch in den verschiedensten Partien, constant im Bereich der hinteren Centralwindung, dafür Hydrocephalus externus und einmal eine Cyste. Ausser dieser Atrophie fanden sich in verschiedenen Rindenpartien hellgelb gefärbte *Einziehungen, Cranula* und *Tubera.* Besonders heimgesuchte Stellen waren: Dritte Schläfenwindung, Klappdeckel, Insel und Gyri recti. Die tumorartigen Gebilde ragten theils frei über die Rinde hinaus, theils waren sie von dieser umschlossen. Ein Theil von beiden Arten barg *im Innern Höhlen.* Das Facit der microscop. Untersuchung fassen die Vf. dahin zusammen, dass sie als Ausgangspunct des Prozesses die äussere Rindenschicht ansehen, speciell die Gefässscheiden. Unter Neubildung von zahlreichen Spinnenzellen aus Lymphkörperchen ist Gliagewebe neu geschaffen. Die Ganglienzellen und nervösen Elemente blieben theils intact, theils gingen sie zu Grunde. Durch ferneren körnigen Zerfall des bindgegewebigen Faserwerks sowie der Nervenfaserreste endlich die Höhlen. Von weiteren Veränderungen (die sekundären) ist die Opticusatrophie hervorzuheben, welche je nach der Atrophie des Vorderhirns bald rechts, bald links ausgeprägter war. In allen 4 Fällen endlich hatte eine mehr oder weniger ausgedehnte Degeneration der Hinterstränge stattgefunden.

Die Vf. glauben, dass diese Gliose der Hirnrinde als sekundäre Folge einer vielleicht schon intrauterinen lokalen Leptomeningitis aufzufassen sei.

Bezüglich der Literatur ähnlicher bereits früher veröffentlichter Fälle muss auf die Orginalarbeit verwiesen werden.

Langreuter (Eichberg).

---

304) **Ch. Isnard** (Marseille): De la sclérose généralisée et du rôle de l'artériosclérose. (Allgemeine Sclerose und Arteriensclerose.)

(Archiv. génér. de méd. Février 1886.)

Während alle Curversuche dem sclerösen Prozesse gewisser Eingeweide gegenüber scheitern, verhält es sich nicht so, wenn davon das Nervensystem ergriffen ist, weil in diesem Falle mit Bestimmtheit schon die Diagnose im Beginn der Krankheit gestellt werden kann, und be-

sonders wenn Congestionen oder Anämie oder Irritation der Medulla das causale Moment derselben bilden.

Heilung ist auch noch möglich oder wenigstens wird der Prozess zum Stillstand gebracht, wenn die entzündlichen Zellproliferationen noch nicht zu grosse Fortschritte gemacht, d. h. wenn die Zellen noch nicht den embryonalen Zustand überschritten haben, wenn die Substantia medullaris nicht oder nur oberflächlich lädirt ist und wenn endlich alcalische oder salinische Bäder, die am meisten geeignet sind, die entzündlichen Producte aufzulösen, in Anwendung kommen.

Pauli (Köln).

---

305) **Wassilieff:** Ueber eine localisirte reflectorische Bewegung der Zunge. (Centralbl. f. med. Wiss. 1886. Nro. 12.)

Wenn man die Oberfläche der *erschlafften Zunge* wiederholt berührt oder leise reibt, so krümmt sie sich derart, dass sie eine Löffelform annimmt. Nicht die ganze Zungenoberfläche vermag diesen Reflex auszulösen. Gänzlich unwirksam sind die untere Fläche der Zunge, die Zungenspitze bis etwa 1 Ctm. weit in die äussersten Zungenränder. Am grössten ist die Reflexerregbarkeit der mittleren Partie bis zur Zungenwurzel, hier ist die Empfindlichkeit so gross, dass schon ein einigermassen starker Luftstrom (selbst der Inspirationsstrom), die Zungenmuskulatur in die eigenthümliche Rinnenform zu bringen vermag. Auch vom harten Gaumen aus gelingt die Auslösung dieses Reflexes. Mechanische Reize wirken ebenso wie electrische; thermische und chemische wirken nicht. E.

---

306) **Jos. Wiglesworth:** Two cases of trombosis of cerebral sinuses. (2 Fälle von Sinusthrombose.) (The journ. of ment. science Oct. 1885.)

Verf. sucht die Ursache der Thrombose in beiden Fällen in fehlerhafter Blutbeschaffenheit, für den letzten trifft dies vielleicht zu, weil einige Tage vor dem Tode der sonst nicht veränderten chronisch Geisteskranken Parotitis bestand, ausserdem noch mehrere Wochen vorher Diarrhoe und Bronchitis. Im ersten handelt es sich dagegen um eine 33 jährige Frau die 14 Tage vor der Aufnahme in stuporöser Form mit nächtlicher Unruhe erkrankte und 11 Tage nach derselben starb, ohne dass andere Symptome als zunehmende Prostration bestanden hatten und beschrieben sind. Beide male enthielten die Sinus (longit. later. basil.) mehrere Tage alte Thromben, zum Theil auch die grösseren Venen der Gehirnoberfläche. Schädelknochen und Mittelohr waren im ersten Falle normal, im zweiten ist darüber nichts erwähnt.

Matusch (Sachsenberg).

---

307) **Jul. Mickle** (London): Brain disease of traumatic origin. Cases. (Fälle von Hirnerkrankung traumatischen Ursprungs.) (The journ. of ment. science Oct. 1885.)

Ein 57 jähriger Maurer hatte einige Jahre vor der Aufnahme eine complicirte Splitterfractur des Schädels erlitten. Nach der Heilung zeigte er Abschwächung seiner geistigen Fähigkeiten, blieb aber im

Uebrigen gesund bis 10 Tage vor der Aufnahme, wo ein „Anfall" eintrat, der von Unruhe und Verwirrtheit gefolgt war. Er hatte in der Anstalt mehrere Anfälle von Convulsionen, nach denen die rechtsseitigen Extremitäten gelähmt waren und das Kniephänomen beiderseits fehlte. Zu Zeiten treten Zuckungen im rechten Arm auf, die Convulsionen betrafen diesen vorzugsweise und in tonischer Form. Ueberdies bot er Erscheinungen von Worttaubheit dar. Dies und die rechtseitige Parese besserte sich langsam trotz gelegentlicher Verschlimmerung. Tod etwa $2^1/_2$ Monate nach der Aufnahme. Im Schädel bestand ein Knochendefect von der Grösse eines 2 Mk.stückes etwas nach links von der Sagittalnaht, 2 Zoll von der Hinterhauptsschuppe, durch eine fibröse Membran ersetzt. Dura verdickt und mit hämorrhagischen Beschlägen, besonders links, Pia durchweg getrübt, am gyr. rect. sin. et dextr. und den angrenzenden Theilen des gyr. margin., sowie am gyr. centr. anter. adhärent. Geringeres Gewicht des Stirnhirnes links als rechts.

Der zweite Fall ist sehr kurz mitgetheilt. Zwei Jahre vor der Aufnahme Trauma durch einen Steinwurf zwischen Stirn und Ohr links mit den Erscheinungen mässiger Gehirnerschütterung. Pat. blieb dennoch geistig schwächer, wurde ein Jahr später psychisch verändert, gedächtnissschwach und unstät. Zugleich Abnahme des Sehvermögens, die im Laufe eines Jahres fast zu Blindheit führte. Er kam in benommenem Zustande zur Aufnahme, die Sprache war häsitirend, Zunge zitterte, gelegentliche Zuckungen im Facialisgebiet. Die Section ergab hauptsächlich abgelaufene Meningitis. Ueber Cranium, Augenhintergrund und Sehnerven ist nichts gesagt. Matusch (Sachsenberg).

---

308) **Blake & Walton** (Boston): Aural & nervous symptom of secondary Syphilis. (Gehörs- u. nervöse Erscheinungen bei secundärer Syphilis.)
(Separatabdruck aus ?)

Verf. berichten über 2 Fälle von sec. Lues bei denen zu gleicher Zeit mit den gewöhnlichen secundären Affectionen Schlaflosigkeit, Herabsetzung der Sehschärfe, Vertigo, schwankender Gang und von Seiten des Gehörorganes ausser Tinnitus aurium eine eigenthümliche Erscheinung auftrat, die darin bestand, dass musicalische Töne auf dem kranken Ohr tiefer gehört wurden als auf dem gesunden. Beide Fälle wurden durch eine zweckentsprechende Behandlung mit Mercur und Jod geheilt.

Verf. sind geneigt, als Grund für diese cerebralen Störungen eine vasomotorische Störung anzunehmen.

Koenig (Dalldorf).

---

309) **Brieger** (Berlin): Zur Kenntniss des Zusammenhanges des acuten Gelenkrheumatismus mit Nervenkrankheiten.
(Berl. Klin. Wochenschr. 1886. Nro. 10.)

B. bringt 3 Fälle zur Kenntniss, die einen unzweifelhaften Zusammenhang von akutem Gelenkrheumatismus mit Nervenkrankheiten beweisen sollen.

Der erste Fall betrifft eine 17 jährige Näherin, die, nach keiner

Richtung hin erblich belastet, vorher nie krank, einen Gelenkrheumatismus acquirirte; keine Komplikationen von Seiten des Herzenz; Heilung.

Wenige Tage nachher entwickelte sich allmählich zunehmend Chorea. Unter Gebrauch von Chloral und Tinctura Fowleri ging die Affektion im Laufe von vier Wochen zurück, während nun unter Temperatursteigerung der Gelenkrheumatismus von neuem einsetzte. Nach 4 Wochen Heilung desselben und Wiederkehr der Chorea, die schliesslich der Anwendung von Chloral und Tinctura Fowleri endgültig wich.

In den zwei anderen Fällen handelte es sich um Patienten, die gleichzeitig von akutem Gelenkrheumatismus und Ischias befallen wurden. In beiden Fällen erfolgte Heilung durch den Gebrauch von Natr. salicyl. und Natr. benzoicum. Bastelberger (Eichberg).

---

310) **Brunner** (Zürich): Neuropathologische Mittheilungen.
(Berlin. Klin. Wochenschr. 1886. Nro. 7 u. 8.)

B. publizirt ausführlich 4 auf der Züricher Klinik beobachtete Fälle nämlich 2 Fälle von Tetanus hydrophobicus (Rose) 1 Fall von Tetanus traumaticus mit Ausgang in Heilung und 1 Fall von complicirter Depressionsfractur des Schädels mit secundärer Epilepsie.

Die beiden ersten Fälle sind sich sehr ähnlich. Es handelt sich beidemal um kräftige Individuen, die durch ein Trauma — (in einem Falle Schlag auf den Kopf mit einem Beil, im anderen Fall Sturz kopfüber in einen Graben auf einen Steinhaufen) eine offene Schädelfraktur mit Knochensplitterung erlitten hatten. Der Ort dieser Läsion befand sich beidemale am Stirnbein, wo, durch die topographischen Verhältnisse bedingt, eine Verletzung von Zweigen des nervus facialis und trigeminus leicht möglich ist.

Es kam in der Folge in beiden Fällen zu Facialislähmung auf der Seite der Läsion, zu Trismus, Tetanus, so hochgradigen Schlingbeschwerden, dass jede Nahrungsaufnahme unmöglich wurde, zu respiratorischen Krämpfen, die schliesslich die Tracheotomie nöthig machten, und trotz der angewandten Therapie (Antisepsis, Dilatation der Wunde, Entfernung der Knochensplitter) endete der erste Fall nach 8 der zweite nach 14 Tagen letal.

Die Obduction ergab in beiden Fällen für die Erklärung der Lähmungs- und Krampferscheinungen keine genügend erklärenden Befunde. Man fand keine Schädelbasisfraktur, kein Blutextravasat in der Medulla; makroskopisch keine Veränderungen am Gehirn und Rückenmark, die mikroskopische wie makroskopische Untersuchung der Facialisäste und des Stammes ergab ebenfalls negative Resultate. Gehirn und Medulla des zweiten Falles liegen noch in Härtungsflüssigkeit; möglich dass sich namentlich bei der mikroskopischen Untersuchung der Kernregionen des Trigeminus und Facialis befriedigendere Resultate ergeben.

Der 3. Fall betrifft einen 14 jährigen Knaben, der sich 3 Wochen vor seiner Vorstellung im Züricher Spital einen Bruch des linken Radius zugezogen hatte. Es kam im Verlauf der Heilung allmählich

zu Trismus und tetanischen Contracturen der Kopfnicker, Pectorales, Bauchmuskeln und der linken Armmuskulatur.

B. incidirte, fand *den nervus medianus durch bindegewebige Massen dem neugebildete Callus adhärent* und löste denselben vorsichtig ab. Jodoformgazeverband. *Vollkommene Heilung.*

Im letzten der beschriebenen Fälle handelte es sich um einen 36 jährigen bisher gesunden Mann, der namentlich niemals an epileptischen Anfällen gelitten hatte. Derselbe bekam von einem Pferde einen Hufschlag auf die *linke Stirnhälfte*, der ihn 8 Fuss weit zurückschleuderte. Durch dieses starke Trauma war eine komplizirte Depressionsfraktur des Schädels entstanden (11 Splitter). Durch die Operation wurden diese Splitter entfernt. Wunde und Allgemeinbefinden nach der Operation sehr gut.

13 Tage nach ber Verletzung stellten sich plötzlich heftige Anfälle ein, die sich in ganz kurzen Zwischenpausen wiederholten und ganz *den Charakter von epileptischen Krämpfen* zeigten. Es erfolgten 5 solcher Krampfanfälle. Dieselben wurden durch Gähnen eingeleitet, darauf traten im *rechten* (!) Facialisgebiet einige Zuckungen auf, worauf sofort über die gesammte Körpermuskulatur verbreitete Konvulsionen folgten; dabei Cyanose, Pupillen weit und reaktionslos, Zähne fest übereinandergebissen, vollkommene Bewusstlosigkeit. Dauer der einzelnen Anfälle $^1/_2$ Minute; dann kamen tiefe Respirationen.

In einer Stunde waren die 5 Anfälle abgelaufen, der Kranke wurde wieder vollkommen klar und schlief ruhig ein. Seitdem wurden keinerlei Krämpfe mehr beobachtet; die Heilung ging vollkommen ungestört weiter. Bastelberger (Eichberg).

---

311) **Hirt** (Breslau): Ueber Tabes dorsalis mit erhaltenen Patellarreflexen. (Berl. Klin. Wochenschr. 1886. Nro. 10.)

H. veröffentlicht 3 während des letzten Jahres von ihm beobachtete Fälle von typisch verlaufender Tabes dorsualis (im ersten Falle auch post mortem durch die mikroskopische Untersuchung an Zupfpräparaten bestätigt) bei denen die Patellarreflexe leicht und sicher ausgelöst werden konnten. H. erwähnt auch noch eines Falles aus seiner Privatpraxis, der sich leider nicht zur Publikation eignet, wo der Patellarreflex einseitig schon seit $1^1/_2$ Jahren verschwunden ist, während er auf der andern Seite erhalten blieb.

H. lässt vorläufig noch dahingestellt, in wie weit dieses Vorkommen von Hinterstrang-Sclerosen ohne Fehlen der Patellarreflexe mit der Frage von der anatomischen Lokalisation dieses Phänomens kollidire und meint, dass ein Beweis gegen die Lokalisation dadurch nicht erbracht sei; es könnten ja, auch bei sehr umfänglicher Degeneration der Hinterstränge, immer noch die Stellen erhalten sein, wohin Westphal u. A. den anatomischen Sitz der Patellarreflexe verlegen, wobei er namentlich auf den oben erwähnten Fall von einseitigem Erhaltenbleiben derselben hinweist.

Bastelberger (Eichberg).

---

312) **Sanitätsbericht über die deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich 1870/71. VII. Band. Erkrankungen des Nervensystems.** (Fortsetzung und Schluss.)

VII. Capitel. *Meningitis cerebro-spinalis.*

Mannkopf in Marburg war der erste, welcher auf die Aehnlichkeit der sporadischen und epidemischen Men. c. sp. hinwies und der Identificirung dieser beiden Formen das Wort redete. Er hat wenig Anhänger seiner Lehre gefunden, aber die grossen Erfahrungen des deutsch-französischen Krieges sprechen vollauf zu seinen Gunsten. 124 Fälle von M. c. sp. sind unter den deutschen Truppen in Frankreich vorgekommen. Die Krankheit nahm eine epidemische Verbreitung in der Armee oder unter einzelnen Truppentheilen nicht an, trat vielmehr immer sporadisch, aber nicht immer vereinzelt auf. Die Ueberzeugung hat sich allen Beobachtern im Kriege aufgedrängt, dass die Krankheit eine durch ein einheitliches specifisches Virus hervorgerufene Infectionskrankheit darstellt, und dass der Krankheitskeim am günstigsten gedeiht auf dem Bodem schlechter hygieinischer Verhältnisse, einer durch die Kriegsstrapazen veränderten Konstitution und der Erkältung. Ob kleine, unbedeutende Traumen mitwirken ist nicht klar gestellt; ebensowenig die Frage bestimmt beantwortet, ob die M. c. sp. vorzugsweise eine Erkrankung des Winters und Frühjahrs ist.

Eine Contagiosität im engeren Sinne d. h. eine directe Uebertragung von Mensch auf Mensch wird durch kein Beispiel aus dem Feldzug nur wahrscheinlich gemacht.

Auf die Symptome kann nicht eingegangen werden. Die betreffenden Abschnitte des Berichtes sind äusserst reichhaltig und enthalten ein grosses Material. Ueber die Ausgänge ist folgendes berichtet. Von den 124 Erkrankungen gingen 40 in Genesung über, 84 starben; mithin betrug die Mortalität 67,7%. Durch die während des Krieges ausgeführten Sectionen hat die pathologische Anatomie der M. c. sp. eine Bereicherung nicht erfahren. Schon nach 1 tägiger Krankheitsdauer zeigte die Pia makroscopisch eitrige Infiltration. Ein vollkommen negativer Befund ist selbst bei den acutesten Fällen niemals angegeben. Die Heilung vollzog sich in der Regel langsam und allmählich; in einzelnen Fällen waren von der Mitte der zweiten Woche ab alle Krankheitserscheinungen verschwunden, bei anderen hatte die Krankheit eine Dauer von 6, 8 und mehr Wochen. Die im Feldzug gebräuchliche Therapie war an den Resultaten schuldlos. Es kamen die gewöhnlichen antiphlogistischen Mittel zur Anwendung: Locale Kälte und Blutentziehung, Blasenpflaster, Calomel, Innunctionscur, Morphium, Excitantien, Roborantien, Jodpräparate.

IX. Capitel. *Graue Entartung der Hinterstränge* (Tabes dorsalis).

Es sind 100 Fälle von Tabes mitgetheilt, die den Invalidenacten entnommen sind. Drei von denselben haben bereits eine literarische Verwendung gefunden, hauptsächlich wegen seltener und eigenartiger Krankheitserscheinungen. Den einen beschrieb A. Eulenburg wegen Complication mit progessiver Muskelatrophie, den zweiten

Krönig mit Rücksicht auf die nach einem Trauma entstandene Spondylotisthesis, eine Wirbelverschiebung, die bis dahin bei Tabes gar nicht bekannt war, den dritten G. **Fischer** wegen Doppelempfindung und Doppelreflexen.

Die meisten Krankengeschichten sind bis in die neueste Zeit (1885) verfolgt und die Diagnose ist auf Grund der neuesten Kenntnisse von der Tabes gestellt, sodass Zweifel an ihrer Richtigkeit nicht auftreten können. Den interessantesten Abschnitt nehmen die „Entstehungsursachen“ ein. Ueber *Heredität* ist in 56 Fällen Auskunft geworden, nur 2 mal mit positivem Ergebniss. Der Bericht zieht ferner die *bürgerlichen Berufsarten* der Erkrankten in Betracht mit Rücksicht auf die Behauptung, dass gerade die Personen, welche durch ihren Beruf zur Arbeit im Freien und zu grossen körperlichen Strapazen gezwungen sind, das grösste Kontingent zur Tabes stellen. Unter den 100 Fällen waren Berufssoldaten 14, Arbeiter 11, Landwirthe und Knechte 9, Maurer 6, Tischler, Stellmacher und Zimmerleute 8, Schlosser und Schmide 6, Schuhmacher 6, Bäcker 6, Kaufleute 3, Post- und Eisenbahnbeamte 3, Droschkenkutscher 3, Schreiber 2, Diener 2, Müller 2, Aerzte, Baumeister, Maler, Fischer, Sattler, Telegraphenboten, Galvaniseur, Gärtner, Waldwärter, Cigarrenmacher, Steinsetzer, Bergmann, Kassenbote, Färber, Schlächter je 1, Unbekannt 6. Hieraus folgt nicht mehr, als dass die Berufssoldaten, deren Anzahl in der deutschen Armee überhaupt klein ist, besonders häufig der Tabes verfallen sind. Von den in der Ableistung ihrer activen Dienstpflicht begriffenen Soldaten erkrankten nur wenige; 87,5% der Tabesfälle entfielen auf Reservisten, Wehrleute und Berufssoldaten. Ueber das *Alter* der Tabiker giebt folgende Tabelle Aufschluss. Der Beginn der Krankheit fiel vor das 20. Jahr 1 mal; zwischen 20 und 25: 17 mal; zwischen 25 und 30: 34 mal; zwischen 30 und 35; 37 mal; zwischen 35 und 40: 10 mal; nach dem 40. Jahre 1 mal.

Syphilis. Bei 67 der 100 Tabiker wurden bestimmte Mittheilungen gemacht über frühere Infection. Von diesen 67 Tabikern hatten früher Syphilis 7. Davon sind 2 in Abzug zu bringen, weil die Infection nach dem Ausbruch der Tabes statt hatte. Mithin ist der Procentsatz (67 : 5) der Syphilis 7,46%. Das widerspricht aller und jeder Erfahrung so sehr, dass ich das Zutreffen dieser Statistik einfach nicht glaube, und zwar aus bestimmten Gründen nicht glaube, die in dem geraden Gegentheil des Satzes liegen, den der ungenannte Verfasser des Berichtes zur Stütze seiner Statistik (pag. 385) anführt: „Besser ist der Militärarzt dran, welcher durch genauere Kenntniss der Persönlichkeit meist vor absichtlichen Täuschungen geschützt ist.“ Meines Erachtens liegen hier gerade „absichtliche Täuschungen“ vor. Zur Begründung dieser meiner Behauptung führe ich folgendes an. Wir haben seit den letzten 8—10 Jahren, seitdem man also über den ursächlichen Zusammenhang von Syphilis und allgemeiner fortschr. Paralyse einerseits und Syphilis und Tabes andererseits aufmerksam geworden ist, über eine recht ansehnliche Anzahl von Officieren der deutschen Armee, die in unserer Anstalt in Behandlung waren, Gut-

achten abzugeben gehabt, theils wegen Entmündigung, theils wegen Pensionirung, theils wegen Urlaubsverlängerung und Unterstützung. In allen diesen Fällen ist ohne Ausnahme theils Seitens der bevollmächtigten und massgebenden Angehörigen, theils Seitens der Vorgesetzten der Kranken an uns die bestimmte und dringende Bitte gerichtet worden in dem betreffenden Gutachten von der vorhandenen Syphilis nichts zu erwähnen, wenigstens die Geisteskrankheit nicht als die Folge dieser Infection hinzustellen. Dieser Bitte liegt die — wie ich hinzufüge durchaus ungerechtfertigte — Befürchtung zu Grunde, dass die Pensionirung dann nicht auf Grund einer Dienstbeschädigung sich vollziehe, mit anderen Worten, dass bei Zugeständniss einer syphilitischen Krankheitsursache die Pension eine niedrigere werden würde.

Ich kann mir also sehr wohl vorstellen, dass die Soldaten um die höhere Kriegspension nicht zu schmälern, ihre Syphilis, wenn es angeht, verheimlichen, und deshalb lege ich meinerseits auf diese aetiologische Statistik des Sanitätsberichtes gar keinen Werth. —

Trauma, Alkoholmissbrauch und Reconvalescenz nach acuten Krankheiten haben einige wenige Male, wie bereits angegeben, Tabes herbeigeführt. Dagegen kommt das Moment der *Erkältung* und der *übermässigen Strapazen* für alle Fälle in Betracht. Die Beschreibung der Krankheitserscheinungen ist eine sehr eingehende, doch bietet sie nichts Besonderes dar. Die Behandlung war die mannigfachste. Bäder-, Brunnen-, electrische- und medicamentöse Curen kamen jahrelang zur Anwendung; in einem Falle dehnte Langenbuch den Ischiadicus mit erheblichem dauerndem Erfolge bez. des Gehvermögens. In einem Falle brachte eine Innunctionscur Verschlimmerung. Ein Fall (also 1%, gerade wie bei A. Eulenburg) ist als geheilt anzusehen, bei ihm kehrten die früher fehlenden Patellarsehnenreflexe wieder.

X. Capitel. *Kriegspsychosen.*

Die Lehre der Kriegspsychosen ist niedergelegt in einer sehr ansehnlichen Zahl von Arbeiten, die seit dem Jahre 1866 in der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie und dem Archiv für Psychiatrie veröffentlicht sind. Nasse eröffnete den Reigen mit der Publication seiner Erfahrungen während des Krieges 1866 und ergreift auch nach dem Feldzuge 1870/71 auf der Leipziger Naturforscherversammlung zum ersten Mal das Wort über dieses Thema. Weitere Arbeiten und Mittheilungen stammen von Arndt, Fröhlich, Witkowski, Loechner, Koster, Schwaab, Jolly, Weber, Schroeter, Stoevesandt, Dick. Ferner gehören hierher die zahlreichen Arbeiten über *traumatisches Irresein* (Koeppe, Hecker, v. Krafft-Ebing, Wille, Schlager) ferner jene über *Irresein nach acuten Infectionskrankheiten*, wie Typhus (Nasse) Pocken und Typhus (Westphal), *Irresein nach Insolation* (Bartens) u. s. w.

An diese zahlreichen Arbeiten schliesst sich der Sanitätsbericht eng an und bringt über die von jenen Forschern bereits aufgeklärten und festgestellten Thatsachen nichts wesentliches neues; auf kleine unbedeutende Abweichungen kann hier nicht eingegangen werden.

Mitgetheilt sind 100 Fälle von Psychosen, über die in Form folgender Tabelle am besten berichtet wird. Zuvor noch drei Bemerkungen über die besonders darin hervortretenden Momente. 1. Die Zahl der nachweislich Prädisponirten ist relativ am Grössten unter denjenigen Geisteskranken, bei denen lediglich die Kriegsstrapazen überhaupt, nicht *bestimmte* körperliche oder geistige Einwirkungen als Ursache angenommen sind. 2. Unter den noch während des Krieges Erkrankten befindet sich eine grössere Zahl nachweislich Prädisponirter als unter den später Erkrankten d. h. also die Praedisponirten sind im Allgemeinen früher erkrankt. 3. Die verschiedenen Arten des Ausganges vertheilen sich in der Schlusssumme procentisch fast absolut gleichmässig auf Prädisponirte und nachweislich nicht Prädisponirte Individuen.

		Verletzung oder Erschütterung des Kopfes.	Anderweitige Verletzungen.	Körperliche Erkrankung.	Anderw. bestimmte körperl. oder geistige Einwirkung.	Kriegsstrapazen überhaupt.	Summa.
Gesammtzahl der Fälle.		13	17	26	14	30	100
Darunter a mit b ohne nachweisbare ererbte oder individuelle Prädisposition		a 4) b 9) } 13	a 5) b 12) } 17	a 8) b 18) } 26	a 3) b 11) } 14	a 12) b 18) } 30	a 32) b 68) } 100
Ausgang in	Heilung	— / 2 } 2	— / 2 } 2	1 / 1 } 2	— / 2 } 2	3 / 1 } 4	4 / 8 } 12
	Besserung	— / 1 } 1	—	1 / — } 1	—	1 / 3 } 4	2 / 4 } 6
	Primäre Demenz	— / 3 } 3	—	—	— / 1 } 1	2 / 1 } 3	2 / 5 } 7
	Progressive Paralyse	1 / 2 } 3	— / 3 } 3	2 / 6 } 8	2 / 2 } 4	3 / 3 } 6	8 / 16 } 24
	Secundäre Seelenstörung	2 (1) / — } 2 (1)	5 (1) / 7 (4) } 12 (5)	2 / 7 (3) } 9 (3)	1 / 5 } 6	3 (2) / 10 (1) } 13 (3)	13 (4) / 29 (8) } 42 (12)
	Unbekannt	1 / 1 } 2	—	2 / 4 } 6	— / 1 } 1	—	3 / 6 } 9

Die eingeklammerten Zahlen bezeichnen diejenigen, bei welchen schliesslich *Verblödung* ausdrücklich constatirt ist; dieselben sind in den nicht eingeklammerten mit enthalten.

Damit wäre ich mit meinem Referat zu Ende und constatire

pflichtmässig, dass die Ausstattung des VII. Bandes des Sanitätsberichtes eine vorzügliche ist. Es ist nur ausserordentlich zu bedauern, dass das hier niedergelegte bedeutungsvolle Material nicht allgemeiner zugänglich ist, und ich spreche den dringenden Wunsch aus, dass sich die Verlagsbuchhandlung doch noch entschliessen möge die Bände des ganzen Werkes einzeln zu verkaufen. Erlenmeyer.

---

313) **J. Harrington Douty** (Powick): A case of prolonged rigor in an epileptic. (Lang andauernder Frostanfall als epileptische Aura.)
(The Lancet. 20. März 1886.)

Es betrifft eine alte Frau, welche, nach einer Apoplexia cerebri epileptisch geworden, eines Tages von einem Frostanfalle ergriffen wurde, der, eine normale Temperatur ausgenommen, sonst in allen Stücken einem gewöhnlichen Fieberfrostanfalle glich und nach einer Dauer von 25 Minuten in Bewusstlosigkeit und unter Wegfall der tonischen Krämpfe in eine heftige epileptische Attake überging.

Diese gewiss selten vorkommende eigenthümliche Aura basirte auf einem Krampf des ganzen Gefässsystems der Haut, der, vom Gesicht ausgehend, wahrscheinlich die Muskeln dergestalt erschöpft hatte, dass tonische Muskelcontractionen nicht zu Stande kamen.

Pauli (Köln).

---

314) **Peugniez** (Paris): De l'hystérie chez les enfants. (Hysterie der Kinder.) (These. Paris 1885.)

Wenn, was nicht selten der Fall zu sein pflegt, Kinder von Hysterie befallen werden, so beruht dieselbe immer auf orginärer Prädisposition, manifestirt sich ohne einen Unterschied des Geschlechts anzuerkennen, in derselben Weise wie bei Erwachsenen, verhält sich jedoch bei Weitem nicht so refractär und hat noch die besondere Eigenthümlichkeit, zuweilen den Character einer epidemischen Krankheit anzunehmen. Pauli (Köln).

---

315) **Legrand du Saulle** (Paris): La politique et la folie. Influence des graves émotions publiques sur les particularités du délire. (Einfluss heftiger politischer Emotionen auf die Entstehung eigenthümlicher Delirien.) (Gaz. des Hôp. 1886 Nro. 47.) Vortr.

Obiger Vortrag gewährt einen Einblick in die krankhaften Zustände des cerebrospinalen Nervensystems, wie sie während der Belagerung von Paris im Jahre 1870—71 daselbst beobachtet worden sind.

Während sich hiernach im October 1870 die Zahl der männlichen Alcoholiker der verschiedenen Grade mit jedem Tage vermehrte, erhielt das Gouvernement de la Défense nationale täglich unzählige Briefe von Leuten, welche darin auf die Belagerung von Paris bezügliche Rathschläge ertheilten und welche zum grössten Theil an partiellen Delirien oder an beginnender allgemeiner Paralyse litten.

Dieselbe Zunahme machte sich bei den Frauen bemerkbar, jedoch mit dem Unterschiede, dass sie die Zeichen des Delirium melan-

cholicum im Verein mit Prostration, Panphobie, Hallucinationen des Gehörs, Lebensüberdruss, Nahrungsverweigerung zur Schau trugen, das noch grössere Dimensionen im November und Dezember annahm, als die Nahrungsmittel immer knapper wurden.

Zu dieser Zeit forderte das Delirium alcoholicum auch unter dem weiblichen Geschlechte hier und da seine Opfer; ebenso verbreitete sich die Demenz, gleich ob eine Folge apoplectischer Attake oder regressiver Metamorphose, sehr rasch.

Vom 1. Januar ab, wo das Bombardement begann, änderte sich die Scene und alle diejenigen Individuen, die wegen mangelhafter Widerstandsfähigkeit des Nervensystems jeden moralischen Halt verloren hatten, sahen sich der Panphobie, Hallucinationen des Gesichts und Gehörs, traurigen Delirien, Hyperästhesien der Haut, Zittern der Glieder preisgegeben, unaufhörlich weinend und dieselben Worte aussprechend.

Markirte sich im weiteren Verlaufe der Zeit bei Frauen das Delirium ex inanitione immer mehr und mehr, so kamen jetzt innerhalb einiger Tage mehrere Fälle jenes Krankheitszustandes zur Beobachtung des Vortr., welchen man Melancholie cum stupore nennt und welchen folgende Merkmale kennzeichnen:

Gesicht und Gehör des unbeweglichen und unempfindlichen Kranken sind umnebelt, der, anscheinend frei von Schmerzen, nur schwer einige Worte aussprechen kann. Blande Delirien traurigen Inhalts, an die sich derselbe nach der Rückkehr zur Genesung noch erinnert, beherrschen ihn. Bei halb geöffneten und fixirten Augen fliesst der Speichel aus dem Munde, unfreiwillige Stuhlentleerungen finden statt, Hallucinationen erscheinen und Versuche zu Selbstverstümmelungen und Selbstmord werden gemacht.

Mit diesen Wahrnehmungen stimmen auch die Pinel's überein, der diese seltene Form von Melancholie auf plötzliche psychische Insulte, psychischen Shok, zurückführt.

Wie endlich noch hervorgehoben wird, beeinflusste der eherne Mund der Kanonen die vielen in der sehr exponirten Salpêtrière verpflegten Epileptiker so wenig, dass nicht ein einziger Anfall mehr als gewöhnlich auftrat.

Pauli (Köln).

---

316) **Percy Smith**: Einfluss von Eiterung auf Psychosen.

(The journ. of ment. science. Oct. 1885.)

S. berichtet 2 Fälle von günstiger Beeinflussung von Psychosen durch Eiterung. Im ersten wurde ein Melancholischer, der sich durch Stoss gegen ein Fenster eine Gehirnerschütterung zugezogen hatte, im Verlaufe einer Orbitalphlegmone psychisch klar, wurde aber nach Heilung derselben stuporös. Im zweiten Falle bewirkte die Eiterung nach Selbstverletzung durch Schnitt in den Kehlkopf gleicherweise Besserung der Melancholie, so lange der Heilungsprocess dauerte.

Matusch (Sachsenberg).

---

317) **T. Christian:** On the alleged fragility of the bones of general paralytics. (Die Knochenbrüchigkeit der Paralytiker.) (Vortrag im Anthropologencongress in Antwerpen.) (The journ. of ment. science. Jan. 1886.)

Ch. sucht nachzuweisen, dass die Annahme gesteigerte Knochenbrüchigkeit bei Paralyse irrthümlich ist, sei sie wirklich einmal vorhanden, bestehe Osteomalacie, so sei sie rein accidentell und Folge anderer Ursachen. Matusch (Sachsenberg).

318) **Hack Tuke:** On a recent visit to Gheel. (Ein Besuch in Gheel.) (The journ. of ment. science. Jan. 1886.)

Tuke beurtheilt Ghoel und das System im Allgemeinen wenig günstig, die Wohnungen seien äusserst dürftig und dass die hygienischen Bedingungen für solche Kranke in Gheel besser seien als in den Anstalten, wie ein belgischer Arzt äussert, möchte er bezweifeln. In einem Raume, der auch als Speisezimmer diente, fand er drei unreinliche Idioten. Als eine der „wunderlichsten Erscheinungen in diesem wunderlichen Orte“ bezeichnet es Tuke, dass ein junger Mensch, der in England in einer Anstalt detinirt sein würde, in der zwanglosesten Weise in die Villa einer englischen (!) Pensionärin lief. Ein anderer tauchte während der Heimfahrt auf der Platform des Waggons auf, begleitete die Besucher in Antwerpen in die Hotels und schien in den bedenklichen Stadtvierteln recht bekannt. Trotz dieser Freiheit sind Ausschreitungen dennoch selten, Mord ist seit 1850 nicht vorgekommen, Schwängerung in den letzten Jahren etwa 3—4 mal. In pecuniärer Hinsicht sei das System allerdings vortrefflich, die humane Behandlung verdiene alles Lob, aber die ärztliche sei unzweifelhaft nicht genügend. Es befinden sich nach T. zur Zeit 1653 Kranke in Gheel; die Kosten betragen pro Woche 6,30 Mk.

Matusch (Sachsenberg).

319) **Harrington Douty** (Worcester, England): Senile Melancholia: its Characters and Pathology. (Senile Melancholie). (American. Journal of Insanity Januar 1886.)

Verf. schildert in Kürze mit Anführung eines Beispieles die senile Melancholie als eine Abart der gewöhnlichen acuten Melancholie. Es ist das Bild der agitirten Melancholie in beträchtlichem Grade mit Wahnideen, Nahrungsverweigerung und dabei mit Erkrankung der Brustorgane (Bronchialkatarrh, Herzdilatation etc.). Es sind vorzeitig gealterte anaemische Personen, bei welchen Verf. die „senile Melancholie“ beobachtete. Angeknüpft werden noch Bemerkungen über den Zusammenhang der Melancholie mit der normalen Abnahme der geistigen und körperlichen Kräfte im Alter.

Karrer (Klingenmünster).

320) **H. Schüle** (Illenau): Specielle Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten, 3. völlig umgearbeiterte Auflage. (v. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie XVI. Band. (Leipzig 1886. Verlag von F. C. W. Vogel.) (Schluss.)

Seite 287—325 sind der Schilderung und Besprechung der perio-

dischen, circulären und alternirenden Psychosen gewidmet. Unserer Ansicht nach hätte Verf. besser gethan, diese Formen im Anschluss an die Abhandlung über die einfachen Psychosen (die wirklichen Psychoneurosen) zu besprechen, da sie trotz mancher Besonderheiten in der klinischen Erscheinungsweise doch viele gemeinsamen Züge mit letzteren aufzuweisen haben. Es hätten sich auf diese Art viele Wiederholungen vermeiden lassen, welche anders nicht zu umgehen waren, und die besondere Stellung, die diesen Formen in Bezug auf die Classification gebührt, wäre doch gewahrt worden. Befremdlich war uns die Ansicht des Verf., dass auch manche Fälle von periodischem oder circulärem Irresein noch zur Heilung gelangten: er stützt sich dabei allerdings auch auf die gleichlautende Erfahrung Kirn's. Eine besondere Form des circulären Irreseins, welche Verfasser als „circulären Stupor" bezeichnet und die in einem Wechsel zwischen erregtem und apathischem Stupor mit etwas soporösem lucidum intervallum bestehen soll, kann Ref. nicht recht gelten lassen. Zur Illustrirung einer Reihe von eignen Beobachtungen des Verf.'s über Eintritt, Dauer und Aufeinanderfolge der einzelnen Phasen ist in Tabellenform eine zeitliche Gruppirung der Paroxysmen in mehreren periodischen und circulären Psychosen geliefert. Als Anhang der circulären Psychosen werden die „alternirenden" (besonders die „alternirende Melancholie") und menstrualen Irreseinsformen besprochen. Bei ersteren macht Verf. gewiss mit Recht darauf aufmerksam, dass sie zuweilen als Vorläufer schwerer Cerebropathieen anzusehen sind. Bei der Schilderung der letzteren ist er ganz der einschlägischen Studie von Krafft-Ebing's gefolgt.

Die nächsten 16 Seiten beziehen sich auf das Delirium acutum. Der Verf. hält es für praktisch gerechtfertigt, — entgegen der Ansicht Fürstner's, Jolly's und Mendel's, — das sogenannte delirium acutum als besondere klinische Form abzuhandeln, obschon er zugibt, dass es nicht an Uebergangsformen zur Mania gravis fehle. Er spricht die Hoffnung aus, das delirium acutum werde noch einmal sein besonderes anatomisches Bürgerrecht legitimiren können, und glaubt, nach unserer bisherigen Kenntniss von dem Wesen dieser Krankheit 3 Formen derselben annehmen zu dürfen, von denen die eine auf aktiver, die andere auf passiver Hyperämie und die dritte auf Anämie beruhe.

Seite 342—378 handeln von der klassischen Paralyse. Bekanntlich unterscheidet Verf. streng zwischen dieser typischen Form und dem Blödsinn mit Lähmung. Erstere fasst er als ein sensium praecox auf, beruhend auf einer chronischen Ernährungsstörung des Gehirns und theilweise auch des Rückenmarks mit Ausgang in Atrophie, hervorgerufen durch Ueberreizung des functionell turgescirenden Centralorgans. Endzündliche Processe spielen seiner Ansicht nach bei der klassischen Paralyse keine Rolle. Den Blödsinn mit Lähmung betrachtet er als Zustandsform secundärer atrophischer Hirnprocesse, die zum Theil die Folge entzündlicher Vorgänge oder primärer palpabler Veränderungen sind. Eins der wichtigsten klinischen Unterscheidungsmerkmale zwischen diesen beiden Formen von Paralyse sei der Um-

stand, dass in der klassischen Paralyse keine dauernde Temperaturerhöhung vorkäme, während solche bei der modificirten (durch encephalitische oder leptomeningitische Affectionen complicirten) Paralyse fast regelmässig gefunden werde. (? Ref.). Als letzten Grund der klassischen Paralyse sieht Verf. die präexistirende (angeborene) oder erworbene Vulnerabilität der Gefässwände an und beruft sich hierbei auch auf die bekannten Thierexperimente M e n d e l's. Im Gegensatz zu den meisten anderen Autoren nimmt er einzelne Fälle von Heilung dieser Krankheitsform als verbürgt an. In differentiell-diagnostischer Hinsicht macht er darauf aufmerksam, dass nach acuten fieberhaften Krankheiten manchmal ein acuter Blödsinn mit acuter Ataxie auftrete, welcher gewöhnlich wieder in Heilung übergehe.

Auf Seite 378—401 bespricht er die modificirte Paralyse oder die psychischen Cerebropathien, unter denen er die auf Pacchymeningitis hämorrhagica, auf Apoplexieen und sonstigen Herderkrankungen, auf Hirntumoren, auf syphilitischer Hirnerkrankung und auf multipler Sclerose beruhenden Fälle von Blödsinn mit Lähmung versteht. Auch die Schilderung dieser Formen ist recht gut.

Sodann wendet er sich zum Alcoholismus und den alcoholistischen Psychosen, denen 25 Seiten gewidmet sind. Bemerkenswerth ist die Unterscheidung des Verf.'s zwischen paralytiformem Alcoholismus und alkoholistischer Paralyse. Er hält beide für Unterstufen des chronischen Alkoholismus, erstere Form für heilbar, letztere indess nicht.

Das Capitel über das hereditäre Irresein, welches hierauf folgt, umfasst circa 70 Seiten und kann als eins der besten bezeichnet werden. Als Einleitung zu diesem Capitel schickt Verf. einige allgemein-pathologische Ergebnisse voraus, welche sich auf die Thatsachen der erblichen Uebertragung und auf einige der wichtigsten, für das hereditäre Irresein fast spezifischen Elementarstörungen beziehen. Er erklärt sich im Laufe dieser Erörterungen u. A., gestützt auf die statistischen Untersuchungen von T i g g e s, gegen die Allgemeingiltigkeit der Lehre M o r e l's von der fortschreitenden Entartung in der Descendenz. An einer anderen Stelle äussert er, constitutionelle Erkrankung der Eltern sei in Bezug auf die Gefahr erblicher Uebertragung von grösserer Bedeutung als eine einmalige Psychose, eine Ansicht, mit der wohl jeder Psychiater einverstanden sein wird. Gelegentlich der Besprechung der Elementarstörungen des hereditären Irreseins betont Verf., dass es auch emotive Zwangsvorstellungen gebe, doch hält er selbst die nicht-emotiven für bei weitem häufiger vorkommend und für den eigentlich echten und spezifischen Typus. Den impulsiven Handlungen liegt nach ihm stets ein allgemeines psychisches Hirnleiden zu Grunde. Praktisch ist somit die frühere Monomanielehre abgethan, aber wir finden es mit dem Verf. theoretisch interessant, die Frage zu erörteren, warum unter diesen Hereditären in so vielen Fällen bei demselben Individuum immer dieselbe Handlung wiederkehrt. Wir sind indess nicht der Ansicht, dass Verf. diese Frage gelöst hat, wenn er sagt, dies scheine auf „cerebraler Idiosynkrasie“ zu beruhen. Was den Ausgang der hereditären Seelenstörungen betrifft, so gibt Verf. mit vollem Recht an, dass Ge-

müth und Wille viel eher abgestumpft zu werden pflegen als der Intellect, ja dass letzterer in einigen Fällen bis an's Lebensende ziemlich intact bleiben kann. Auf Seite 456 findet sich — im Gegensatz zu der Ansicht Mendel's, — die Bemerkung, dass nicht selten allgemeine Paralyse aus hereditärer Neurose hervorgehe. — Verf. hält ferner daran fest, dass die transitorische Manie, die er ebenfalls in dem Capitel über das hereditäre Irresein abhandelt, nichts mit Epilepsie oder Hysterie zu thun habe, sondern als „eine bestimmte cerebrale Modification des grundlegenden Allgemeinzustandes (hereditäre neurasthenische Neurose)“ anzusehen sei. — Die Anlage zur „originären Verrücktheit“ ist nach Verf. durchaus nicht immer aus der Ascendenz vererbt, sondern grobe Missgriffe in der Erziehung, gewisse Zeitströmungen etc. können ebenfalls die Entstehung derselben veranlassen. Dass letztere Momente gewiss sehr viel zum Ausbruch der originären Verrücktheit — wie überhaupt aller hereditären Psychosen — beitragen können, wollen wir gerne zugeben, aber dass sie alleine im Stande sind, diese Krankheit zu erzeugen, möchten wir bezweifeln, selbst dann, wenn — wie Verf. ganz richtig bemerkt — die Erziehung und der ganze Einfluss der Umgebung von alienirter Seite ausging. Um speciell die originäre Verrücktheit hervorzurufen, scheint uns stets auch eine Vererbung der verkehrten neuropsychischen Anlage erforderlich zu sein. — Auch darin können wir mit dem Verf. nicht ganz übereinstimmen (Seite 488), dass es einzelne Fälle von degenerativem hereditärem Irresein (moral insanity) gebe, in denen der Intellect gar nicht geschwächt erscheine. Unserer Meinung nach wird man bei längerer Beobachtung jedes Falles von moral insanity dahin gelangen, eine, wenn auch noch so leichte, Abschwächung der Intelligenz — sei es nach welcher Seite, es wolle — zu eruiren.

Die Besprechung des Idiotismus bildet den Schluss des Buches und umfasst 20 Seiten. Erwähnung verdient die vollständig zutreffende Bemerkung des Verf.'s, dass es trotz der gegentheiligen Versicherung mancher sentimentaler Anstaltsberichte keine grösseren und beschränkteren Egoisten gibt, als die Schwachsinnigen und Idioten. — Unter den Begriff des Idiotismus fasst Verf. auch die Hebephrenie, sagt aber selbst, dass dieselbe nicht unter allen Umständen auf diesem Boden erwächst. — Zum Schlusse folgen die Angaben über die körperlichen Degenerationszeichen und die Schädelformen der Idiotischen, sowie einige pathologisch-anatomische Mittheilungen über Hirnbefunde bei Idioten. Letzteren sind einige Abbildungen über Windungsanomalieen beigefügt.

Erwähnen wir nun noch, dass dem Buche ein zuverlässiger Index beigegeben, dass die Länge der einzelnen Capitel keine ungebührlich grosse, dass die Schreibweise ziemlich leicht und gewandt ist, wenn auch hier und da mit ungewöhnlichen Bezeichnungen („manische Typose, Cerebration, schlechtsinnig u. dergl.) vorkommen, und dass die Buchhandlung für guten Druck und Ausstattung des Buches gesorgt hat, so glauben wir, dasselbe sowohl Aerzten als Studirenden mit gutem Gewissen empfehlen zu dürfen. Reinhard (Hamburg).

321) **Legrand du Saulle** (Paris): Des accidents cérébraux dans les maladies du coeur. État mental des cardiaques. (Über die cerebralen Störungen in Folge eines Vitium cordis.) (Gaz. des Hôp. 1886. Nro. 32. Klin. Vortrag.)

Indem L. d. S. sich den Anschauungen Griesingers, anschliesst, welcher sagt: „Unter den chronischen Localleiden einzelner Organe ist den Krankheiten des Herzens jedenfalls einiger Einfluss zuzuschreiben, wenn auch dies Moment nicht gerade besonders wirksam ist": erklärt er nicht nur dies seltene Vorkommniss dadurch, dass dasselbe immer eine erbliche Disposition zu Psychosen voraussetze, sondern lenkt auch noch die Aufmerksamkeit auf die besonderen Eigenthümlichkeiten, wodurch sich die so entstandenen psychischen Störungen von anderen unterscheiden.

So determinirt z. B. Insufficienz der Mitralklappe bei zum Theil noch erhaltenen compensatorischen Kräften als Consequenz der cerebralen Congestionen in der Mehrzahl der Fälle Melancholie, die nicht selten Verfolgungswahn, Acte von Gewaltthätigkeit und selbst Versuche zu Mord und Selbstmord begleiten. Ist es dagegen schon zu Herzschwäche gekommen, so beobachten wir Abschwächung der Intelligenz, melancholische Zustände, gewöhnlich auch Delirium und Hallucinationen.

Letztere, je nach dem Grade der Schwäche des Herzmuskels mehr oder weniger lebhaft und persistirend, brechen seltener am Tage, als in der Nacht, in der Regel als Gesichts- und nur ausnahmsweise als Gehörshallucinationen hervor, sich bald mit Erregungs- bald mit Depressionszuständen combinirend.

Im ersten Falle handelt es sich um eine deutlich ausgeprägte Manie, während im zweiten ein langsames oder brüskes Verfallen in einen Zustand von Torpor Platz greift, der mit den weiteren Fortschritten des idiopathischen Leidens in Coma ausartet.

Pauli (Köln).

---

322) **Duncan Greenlees** (Edinburg): A contribution to the study of diseases of the circulatory system in the insane. (Beitrag zum Studium der Krankheiten des Gefässsystems bei Geisteskranken. Preisschrift.) (The journ. of ment. science Octob. 1885.)

Nach dem Verf. kommen Herzkrankheiten häufiger bei Geisteskranken als bei Geistesgesunden vor; in Districten, wo das Verhältniss der Geisteskranken zur gesunden Bevölkerung die höchste Ziffer hat, sind auch Herzerkrankungen bei den Geisteskranken häufiger. In seiner Statistik beträgt der Procentsatz der Herzerkrankungen bei Gesunden 8,72%, bei Geisteskranken 9,36%. Bei den Lebenden stellt sie sich am häufigsten als Mitralinsufficienz, bei Obducirten als Mitralerkrankung mit Hypertrophie des linken Ventrikels dar. Das Herz Geisteskranker, besonders Paralytiker ist durchschnittlich schwerer als das Gesunder. Atheromatöse Processe scheinen nicht früher aufzutreten als bei Gesunden, und bei Paralytikern scheinen sie mehr von der Dauer der Krankheit als dem Lebensalter abzuhängen. Herzerkrankungen beeinflussen in erheblichem Grade die Psyche Gesunder und die durch sie erzeugten Veränderungen

des Charakters und Temperamentes können sich zu wirklicher Geistesstörung steigern.

Nicht nur modificirt die Herzerkrankung Form und Erscheinungen der Psychose, sondern sie muss auch in einzelnen Fällen als prädisponirende Ursache der Geistesstörung angesehen werden.

Weiterhin beschreibt und illustrirt G. die Abnormitäten der feinsten Hirngefässe bei Geisteskranken. Bei Paralytikern fand er leichte Schlängelung und localisirte Erweiterung, allgemeine Verdickung der Wände, die weniger atheromatösen Processen als der Hypertrophie der Muskelschicht zuzuschreiben ist, Auflockerung der Adventitia, Pigmentanhäufung in und auf derselben und vor allem enorme Erweiterung der perivasculären Räume. Bei einer „paralytic insanity“ (folie paralytique), wo der klinische und macroscopische Befund der progr. Paralyse entsprach, fanden sich diese zum Theil characteristischen Veränderungen nicht. In einem Falle secundärer Demenz mit extremer Stenose der Mitralis waren die Gefässe auffallend gewunden. Bei Epilepsie war der Befund im Allgemeinen ähnlich dem nach lange bestehenden Cerebralcongestionen. Matusch (Sachsenberg).

---

323) **Norton Manning:** Sane or insane? (Gesund oder Geisteskrank. Gutachten.) (The journ. of ment. science Oct. 1885.)

Ein 40jähriger Gefangener, der zu 9 Jahren Zuchthaus verurtheilt war und die ersten 9 Monate seiner Strafe nach der üblichen Vorschrift (Australien) in Iholiosett abzubüssen hatte, wurde M. im zweiten Monat als epileptisch gemeldet. Der Arzt der Beobachtungsstation, in welche der Gefangne nunmehr versetzt war, schilderte ihn als gewaltthätig und unruhig. In einem confusen Briefe bezeichnete der Detinirte einen höheren Beamten als seinen Onkel, der ihm bei seinem Tode sein Vermögen hinterlassen habe. Er zeigte sich weiterhin explosiv gewaltthätig, mürrisch und jähzornig und schlief Nächte lang oft gar nicht. Sein Gedächtniss schien geschwächt. Anfälle wurden nicht beobachtet. Manches in seinem Benehmen, namentlich Aenderung desselben, wenn er sich beobachtet sah, deutete auf Simulation, ebenso das beharrliche Leugnen, sich der Umstände seines Verbrechens zu erinnern. Der Schlaf wurde gut.

Zwei Tage nach genauer Exploration durch M. machte der Gefangene den geschickt eingeleiteten Versuch zu entfliehen, wurde entdeckt, und schob die Wunden, die er sich beim Hindurchzwängen durch das Fenstergitter zugezogen hatte, auf einen epileptischen Anfall. In der Folge beging er Abends ein conamen suicidii durch Erhängen und zwar in Gegenwart seiner Zimmergenossen, das er kurz darauf und diesmal mit Erfolg um eine Zeit wiederholte, in der die Revision seiner Zelle erfolgen musste, die zufällig etwas später als gewöhnlich vorgenommen wurde. M. erklärt sich nicht im Stande, sich für Krankheit oder für Simulation auszusprechen, war der Selbstmord beabsichtigt oder fingirt und unglücklich abgelaufen? Hatte der Gefangene in der That epileptische Anfälle mit nachfolgender Verwirrtheit oder nicht?

Zu bemerken ist hierbei, dass objective Beobachtungen der Anfälle nicht vorlagen und über seine Vergangenheit so gut wie nichts in Erfahrung zu bringen war. Matusch (Sachsenberg).

IV. Aus den Vereinen.

Allgemeiner russischer Aerztecongress.

Sitzung vom 26.—29. Dezember 1885. (Wratsch 1886, Nro. 1.)

Section für pathologische Anatomie und normale und pathologische Physiologie.

324) Prosector **K. N. Winogradow** theilt seine Beobachtungen über die *Nervenganglien des Herzens bei croupöser Lungenentzündung* mit. Er fand in ihnen ebenso häufig Veränderungen, wie parenchymatöse Veränderungen des Herzmuskels, der Leber, Milz und der Nieren wie sie der contagiösen Form der croupösen Pneumonie eigen sind. Die Veränderungen der Nervenganglien entsprachen im Grade ihrer Entwicklung dem Grade der Veränderung des Herzmuskels, in einigen, selteneren Fällen übertrafen sie sie sogar. Im letzteren Falle wurde während einiger Tage vor dem Tode eine starke Herabsetzung der Herzthätigkeit beobachtet. Die Veränderungen der Nervenganglien bestanden in parenchymatöser Entzündung vieler Nervenzellen, in Aufquellen, Trübung und körnigem Zerfall; in einigen Fällen bis zum Verschwinden der Kerne. Die Endothelzellen waren bisweilen vermehrt wobei zwischen ihnen und den Nervenzellen runde lymphoide Körperchen sich befanden. In den Fällen von stärkerer Affection der Ganglien wurden ausser der Vermehrung der Nervenzellen in ihrem Protoplasma ganz kleine Fettkörner beobachtet, und im Zwischengewebe der Ganglien geringe Durchsetzung mit runden Granulationszellen. In einigen Nervenfasern, welche mit den afficirten Nervenganglien vereinigt waren, wurde Zerfall des Myelins in kleine Körner, welche aber selten fettig waren, beobachtet. In einem Falle fanden sich in dem Fettgewebe, welches die Ganglien umgab, zahlreiche Blutergüsse.

Professor Obolenski wies auf die Wichtigkeit dieser Beobachtungen für die Erklärung der Todesursache bei der croupösen Pneumonie hin.

Section für Therapie.

325) Prof. **N. J. Bystrow** sprach über „den *Kopfschmerz der Schulkinder in Folge geistiger Uebermüdung*". Derselbe hatte während 5 Jahren zusammen 7478 Schulkinder beiderlei Geschlechts im Alter von 8—17 Jahren untersucht und fand Kopfschmerzen bei 868 d. h. 11,6%. Es ergab sich, dass der Prozentsatz der Kopfschmerzen in gleichem Verhältniss mit dem Alter und der Zeitmenge, welche auf geistige Arbeit verwandt wurde, stieg. So litten von den Kindern im Alter von 8 Jahren an Kopfschmerzen 5%, bei Kindern von 14—18 Jahren 28—40%. Indem Verf. das Programm eines klassischen und eines Mädchengymnasiums einer nähern Kritik unterwarf sprach er seine

Ueberzeugung aus, dass die von den Kindern geforderte Anstrengung nicht der kindlichen Natur und den Grundsätzen der wissenschaftlichen Hygieine entspräche. Die Kopfschmerzen bei Schulkindern sind in gleichem Maasse vorhanden bei guten hygienischen Verhältnissen, bei Kindern, die zu Hause nach dem Plane des Gymnasiums lernten und bei Kindern von guter Ernährung. Alles dieses beweist nach Verf. unzweifelhaft, dass die Ursache derselben in der angestrengten ermüdenden Beschäftigung zu suchen ist, welche Erhöhung der Gehirnerregbarkeit und darauf folgende Störung des Blutumlaufs in irgend einer Form nach sich zieht. Von palliativem Nutzen erweist sich nach Verf. dabei methodische Gymnastik; bei Kindern mit guter Ernährung leichte Abführmittel; in schweren Fällen muss die Arbeit für eine Zeit ganz unterlassen werden. Eisen bei Blutarmuth, Brompräparate, Einathmung von Sauerstoff, und ein sorgfältiger Plan der Beschäftigung schafften Besserung des Leidens.

Im Verlaufe der Diskussion bemerkt Verf., dass alle Fälle von Kopfschmerzen in Folge anderer Ursachen, wie z. B. Augenstörungen von der Prüfung ausgeschlossen waren. Doctor Bogdanow stimmt der Ansicht des Vortr. bei, indem er bemerkt, dass er bei Kindern in Dorfschulen, wo die hygieinischen Verhältnisse sehr traurig waren, keine Kopfschmerzen gefunden habe.

Buch (Willmanstrand, Finnland).

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Allenberg (Ostpreussen), III. Arzt (Assistenzarzt), sofort, 1200 M. und fr. Stat. 2) Hildesheim, Assistenzarzt, 900 M. und fr. Stat. I. Cl. 3) Königslutter, 3. Assistenzarzt, 1000 M. und freie Station. 4) Bunzlau, III. Arzt, 15. Mai, 1500 M. und freie Station. 5) Klingenmünster, II. Assistenzarzt, sofort, 1200 M. und freie Station. 6) Dalldorf, Volontairarzt, sofort, 600 M. und freie Stat. 7) Brieg (Schlesien), II. Arzt, 1. Mai, 1800 M. und freie Wohnung etc. 8) Rybnik, Assistenzarzt, sofort, 1500 M. und freie Station. 9) Uckermünde (Pom.), II. Arzt, sogleich, 2700 M. und freie Familienwohnung etc. 10) Bonn (Prov. Irren-Anstalt), Volontairarzt, 1. Juli, 600 M. und freie Station. 11) Roda (Sachs.-Altenburg), Assistenzarzt, sofort, 1000 M. und freie Station. 12) Nietleben (bei Halle a. S.), Volontaiarzt, 1200 M. und freie Station. 13) Heidelberg (Psych. Klinik), Assistenzarzt, sofort, 900 M. und freie Station.

Ernannt. Sorau, Assistenzarzt, Herr Dr. Fritz Selle.

Todesfall. Dr. Ingels, der belgische Irrenarzt in Gand.

Druckfehler.

(Nummer vom 15. Mai 1886. Nro. 10.)

p. 292 Zeile 9 von oben lies: 9stündiger statt 3stündiger.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 13.

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

CENTRALBLATT für Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

9. Jahrg. | 15. Juni 1886. | Nro. 12.

Inhalt.

I. Originalien.

I. Ueber Sehnenphänomene.

Von Dr. A. de WATTEVILLE in London.

In Nro. 8 (15. April d. J.) dieses Centralblattes ist ein Bericht über die Untersuchungen enthalten, welche Dr. Rybalkin über das

Unterkiefer-Phänomen angestellt hat. Der letzte Satz dieses Berichtes enthält eine irrthümliche Angabe, die mir willkommen ist, um an sie einige Notizen über die Natur der Sehnenreactionen zu knüpfen. Es heist dort: „de Watteville hat die Latenzperiode (des Unterkieferphänomens) auf 0,2 Secunden bestimmt, was ihn zur Annahme führt, dass alle Sehnenreflexe durch plötzliche Dehnung der resp. Muskeln entstehen". Ich muss zunächst betonen, dass die Latenzperiode 0,02 Secunden dauert. Dann finde ich in dieser Thatsache nur eine Bestätigung der Theorie, dass Contractionen, die durch Beklopfen einer Sehne oder durch irgend eine andere Art plötzlicher Muskeldehnung hervorgerufen werden, nicht als Ergebniss eines Reflexvorganges, sondern als directe Reizung der Muskelfaser aufzufassen sind. Durch directe myographische Messungen habe ich nachgewiesen*), dass die Latenzperiode des Plantarreflexes fast 3 mal länger (fast 0,1 Sec.) ist als die des Patellarreflexes. Dass das Unterkieferphänomen ein Sehnenphänomen und kein „periostaler Reflex" ist, wie Dr. Rybalkin vermuthet, geht aus der Thatsache hervor, dass es auch dadurch hervorgerufen werden kann, dass man den Bart des zu Untersuchenden mit einer Hand festhält und dann auf diese barthaltende Hand in der Richtung nach abwärts schlägt, so dass der Kiefer plötzlich herabgedrückt wird.

In der angeführten Arbeit habe ich ein Argument erwähnt, welches sehr oft für die Reflextheorie der Sehnenphänomene in's Feld geführt wird. Man sieht nämlich bei manchen Fällen mit gesteigertem Patellarreflex, dass auf das Beklopfen *einer* Patellarsehne eine Bewegung in *beiden* Beinen folgt. Dies gilt nach der Ansicht mancher Forscher als ein Beweis für eine von der einen zu der anderen Seite des Rückenmarks fortgeleitete Reizung, welche auf die Extremität der andern Seite reflectirt wird. Nun ist es eine wohlbekannte Thatsache, dass der Process der transversalen Diffusion im Mark verhältnissmässig viel Zeit braucht und dass die Latenz von wirklichen gekreuzten Reflexen viel länger ist als die von directen. Aber ich habe myographisch gezeigt, dass die Contraction in beiden Beinen im gleichen Augenblicke nach der Percussion geschieht und dass desshalb keine Zeit im R.-M. verloren gehen kann. Andererseits kann die Uebertragung der Bewegung auf das andere Bein leicht durch die Annahme erklärt werden, dass die mechanische Erschütterung durch den Femur zum Becken fortgeleitet wird, und dass der auf die entfernten hypertonischen Muskeln applicirte Reiz sie zur Contraction bringt. Verschiedene Betrachtungen machen diese Erklärung wahrscheinlich.

1. Die Thatsache, dass es die Adductoren sind (deren Beckeninsertion am leichtesten ihre Dehnung durch solche Erschütterungen verursachen würde) welche hauptsächlich auf Sehnenpercussion der entgegengesetzten Seite reagiren. 2) Die Thatsache, dass sie ebenfalls auf Percussion irgend eines anderen Punktes des entgegengesetzten

---

*) A. de Watteville, On Reflexes and Pseudoreflexes. Brit. med. Journ. 1882. May 20.

Beines reagiren, wenn dasselbe so gelagert ist, dass es die Erschütterung nach dem Becken fortleitet. 3) Die Thatsache, dass, wenn das Bein so gebogen ist, dass es die Uebertragung der mechanischen Erschütterung vollständig verhindert (oder wenn der Femur gebrochen ist, wie Waller das an Kaninchen gezeigt hat) eine gekreuzte Contraction nicht stattfindet.

Im Allgemeinen sind periostale Reflexe aufgehoben, wenn der Knochen so fixirt ist, oder wenn der Schlag so gerichtet war, dass er jede Muskeldehnung verhindern muss.

Ich will mich hier nicht dabei aufhalten, die Verschiedenheit zwischen ächten Reflexen und den auf directe Muskelreizung entstehenden Bewegungen von dem höheren Standpunkt aus zu betrachten, dass die ersteren „zweckdienlich" sind, oder es doch zu einer gewissen Zeit während der Entwicklung der Rasse waren.

Der philosophische Leser wird leicht den Unterschied zwischen einer „natürlichen" Bewegung, wie dem Plantarreflex, und einem „künstlichen" Krampf, wie dem Patellarreflex würdigen, und darauf vorbereitet sein bei weiterer Ueberlegung noch weitere Unterschiede zu erwarten.

Es geben in der That ausser den schon angeführten Beweisgründen, noch Erwägungen, die, wie ich glaube, recht gut als Bestätigung der Theorie betrachtet werden können, dass die Sehnenphänomene directe Muskelphänomene sind. Es ist etwas Charakteristisches in dem kräftigen Zusammenziehen des Streckmuskels, welches bei einem gesunden Menschen nach einem leichten Schlag auf das Lig. patellare erfolgt. Der Aufstieg seiner myographischen Curve ist jäher als der der Zusammenziehung, welche auf die Erregung der Haut folgt (Plantarreflex).

Die Contraction ist scharf auf einen Muskel localisirt, eine wichtige Erwägung, wenn wir bedenken, dass die spinalen Mechanismen, die den Bewegungen der Glieder vorstehen, einen Coordinationstypus haben, und dass in allen anderen Fällen spinale Entladungen Combinationen von Muskeln innerviren, welche zu einer gemeinschaftlichen Thätigkeit vereinigt sind.

Wiederum weichen die Sehnenreactionen von den ächten Reflexbewegungen der freiwilligen Muskeln in so fern ab, als sie nicht, wie die letzteren, dem Willen unterworfen sind. Sie können *antagonisirt*, aber nicht *inhibirt* werden.

Wiederum steigern, wie Weir-Mitchell kürzlich gezeigt hat, starke, an entfernten Körpertheilen applicirte sensorische Eindrücke die Sehnenreactionen, weil sie nicht die Hautreflexe beeinflussen, eine Erscheinung, die nach meiner Meinung einem gesteigerten Tonus der freiwilligen Muskelfibrillen zugeschrieben werden muss, und im Einklang mit der von Mosso bewiesene Thatsache steht, dass Contractionen in der Sphäre von ungestreiften Muskeln unter ähnlichen Umständen vorkommen.

Ich möchte bei gewissen pathologischen Zuständen das Vorkommen wirklicher Reflexe, die auf eine Percussion von Knochen,

Sehnen oder anderen Geweben folgen, nicht leugnen, aber, wie ich schon anderswo gesagt habe, können wir dann auch erwarten, dass die Latenz der Contraction länger ist als die des normalen Sehnenreflexes und dass die Hyperexcitabilität der Centren zu diffuseren Bewegungen Anlass giebt. Bei den Fällen, wo zahlreiche Muskeln auf ein einzelnes Klopfen zu reagiren scheinen, muss man nicht gleich die Verbreitung von intraspinalen Reflexprocessen annehmen, denn es lässt sich oft nachweisen, wenn man genügende Vorsicht behufs Vermeidung der Fortpflanzung der mechanischen Erschütterung durch die knöchernen Gebilde anwendet, dass wir es mit einem Phänomen derselben Art zu thun haben, wie es die vorerwähnten gekreuzten Reflexe sind. Es ist in der That auffällig, wie äusserst leicht mechanische Störungen hinreichen, um hypertonische Muskeln in Contraction zu versetzen.

Schliesslich möchte ich bemerken: Es giebt eine bedeutungsvolle Vermuthung zu Gunsten der Ansicht, dass die Sehnenphänomene, während sie mit dem s. g. Reflextonus der Muskeln (Waller, Brain. Juli 1880, pag. 191) in innigem Zusammenhang stehen, in erster Linie Ausdrücke der Muskelerregbarkeit repräsentiren. Diese Erklärung ihrer Natur beeinträchtigt den klinischen Werth ihres Auftretens unter abnormen Umständen nicht im mindesten.

II.

Ueber Insufficienz der Convergenz bei Morbus Basedowii.

Von Dr. P. J. MÖBIUS.

In der 3. Auflage seines Lehrbuches (II. 1. p. 141) sagt Strümpell bei Besprechung des Morbus Basedowii: „Insbesondere möchten wir ein Symptom hervorheben, welches Möbius zuerst bemerkt hat und das auch wir wiederholt (aber durchaus nicht constant), namentlich bei Kranken mit stärkerem Exophthalmus, gesehen haben. Es besteht darin, dass das eine Auge sehr bald wieder nach aussen abweicht (Insufficienz des einen Rectus internus), wenn man die Patienten eine starke Convergenzbewegung mit ihren Augen (Fixiren eines nahen Gegenstandes) ausführen lässt".

Zu diesen Worten will ich einige Bemerkungen machen. Bei einer früheren Gelegenheit (Schmidt's Jahrb. Bd. 200, S. 100. 1883) habe ich folgendes angegeben. „Ref. hat in einer Reihe von Fällen (näml. von M. Based.), sowohl bei solchen mit, als solchen ohne Exophthalmus, dieses Graefe'sche Symptom gänzlich vermisst. Er glaubt, dass dasselbe nicht nur nicht pathognostisch, sondern ziemlich selten sei. Dagegen hat Ref. neuerdings bei 2 Pat. mit Morb. Based., welche beide einen mässigen, beiderseits gleichen Exophthalmus zeigten, eine Störung der Convergenz beobachtet. Forderte man die Kr. auf, den vorgehaltenen Finger zu fixiren, so sahen beide Augen nach rechts oder nach links, d. h. die Kr. fixirte mit einem Auge und der M. externus des anderen Auges contrahirte sich consensuell. Bei monocularer Prüfung fungirte jeder Rectus internus ganz gut. Bei einer 3. Pat. mit Exophthalmus

fehlte das Symptom; ob es von dem Exophthalmus direct abhängig ist, mag dahingestellt bleiben“.

Seitdem ich dies schrieb, habe ich 8 neue Fälle (7 W., 1 M.) von M. B. beobachtet und auf die Fähigkeit, zu convergiren untersucht. Mit zwei Ausnahmen war bei allen diese Fähigkeit mehr oder weniger herabgesetzt. Alle sonstigen Excursionen der Bulbi wurden richtig ausgeführt, besonders war der Blick nach rechts oder nach links in keiner Weise behindert, sollte aber auf einen nahen Gegenstand (die eigene Nasenspitze, den vor das Gesicht gehaltenen Finger) gesehen werden, so wirkten nicht beide Recti interni, sondern je ein Externus und Internus. Näherte man den zu fixirenden Finger allmählich, so convergirten zunächst die Augenaxen, aber bei einem Nahepunkte, dessen Abstand vom Auge nicht nur bei den verschiedenen Pat., sondern auch bei demselben Pat. zu verschiedenen Zeiten verschieden war, wich bald das eine, bald das andere Auge nach aussen ab und weiterhin fixirte nur das eine nach innen gewandte Auge, während das andere um ebensoviel nach aussen abgelenkt wurde. Die erst convergirenden Augenaxen wurden gewöhnlich parallel, seltener kreuzten sie sich hinter dem Objecte. Die Pat. selbst wussten von dem Vorgange nichts, gaben an den Finger zu sehen, verneinten Doppelbilder. Einige klagten, so lange die Augenaxen convergirten, über ein lästiges Spannungsgefühl. Sehschärfe und Refraction waren immer bei beiden Augen gleich. Exophthalmus war bei allen Kr. vorhanden. Auch diejenigen, bei welchen das in Rede stehende Phänomen fehlte, zeigten einen nicht unbeträchtlichen Grad desselben. Umgekehrt war das Phänomen bei einer Kr., deren Exophthalmus nur eben angedeutet war, sehr deutlich. Dementsprechend war auch bei den übrigen die Beeinträchtigung der Convergenz nicht proportional dem Exophthalmus. Jene war grösseren Schwankungen ausgesetzt als dieser und schien im Allgemeinen mit der Besserung des Allgemeinbefindens abzunehmen. Im übrigen wichen die Krankheitserscheinungen nicht von dem typischen Bilde ab. Meist bestand ausser den Cardinalsymptomen Zittern, Neigung zu Schweissen, öfters anfallsweiser Durchfall, die Klage über Trockenheit des Schlundes.

Fälle von Morb. Based. ohne allen Exophthalmus habe ich in den letzten Jahren nicht gesehen. Solche von Exophthalmus ohne M. Based. ebensowenig (abgesehen von einseitigen Orbitaltumoren und physiologischer Prominenz der Bulbi).

Bei gesunden Leuten nun mit Glotzaugen fand ich die Insufficienz der Convergenz auch und zwar ganz in der eben beschriebenen Weise. Demnach scheint das Phänomen von der Prominenz der Bulbi verursacht zu sein, nicht eine directe Beziehung zum M. Based. zu haben. Immerhin lässt die Beobachtung, dass bei M. B. das Phänomen nicht durchaus proportional dem Exophthalmus ist, dass Kranke mit sehr geringem Exophthalmus es sehr ausgeprägt zeigen, dass seine Intensität unabhängig von der des Exophthalmus sich verändert, vermuthen, dass ausser dem Exophthalmus noch andere Bedingungen zu beachten sind.

Man muss wohl annehmen, dass von allen Augenbewegungen die Convergenz am meisten Anstrengung erfordert. Besteht nur eine geringe Schwäche aller Augenmuskeln (oder aller sie regierenden Apparate), so wird am ehesten bei der Convergenz ein Functionsdefect eintreten. Dass in der That bei allgemeiner nervöser Erschöpfung die Augenbewegungen als besonders mühsam empfunden werden, lehrt die Beobachtung. Andererseits muss das Vorhandensein von Exophthalmus alle Augenbewegungen anstrengender machen. Bei Morbus Based. treffen nervöse Erschöpfung und Exopthalmus zusammen.

Diese Auffassung würde Unterstützung erfahren, wenn es gelänge bei nervenschwachen Personen ohne Exophthalmus Insufficienz der Convergenz nachzuweisen. Bei zahlreichen Nervenkranken habe ich die Convergenz geprüft und bei organischer Läsion sie fast immer ungestört gefunden. Wohl aber war sie bei den an functionellen Schwächezuständen Leidenden oft deutlich beeinträchtigt, doch war das Phänomen nie so deutlich wie bei M. Based. Nur bei einem Kr., welcher wahrscheinlich an multipler Sclerose litt, und (bemerkenswerther Weise) bei einer Frau mit typischer progressiver Bulbärparalyse war es der Fall. (Von den Fällen einseitiger Amblyopie sehe ich natürlich ab.)

Ferner kann ich mich auf eine mündliche Aeusserung Parinaud's beziehen, welche von Leval-Picquechef (Des pseudotabes. Lille 1885. p. 118) mitgetheilt wird. P. habe bei Neurasthenischen beobachtet quelques troubles de l'innervation des muscles, qui se traduisent spécialement par uner éduction notable du mouvement de convergence. Zugleich bestehe eine der reflectorischen Pupillenstarre entgegengesetzte Störung, d. h. die Pupille reagire gut gegen Licht, etwas träge bei Accommodation. (Es ist ersichtlich, dass es sich nicht um eine selbständige Störung der Pupillenbeweglichkeit handelt. Die sog. accommodative Verengerung ist an die Convergenz geknüpft, in dem Grade als diese mangelt, muss jene mangeln).

III.

Zur Wirkung des Urethan bei subcutaner Anwendung.

Von Dr. WILHELM KOENIG in Dalldorf.

Die günstigen Erfolge, welche Rottenbiller*) mit Urethaninjectionen erzielt hatte, veranlassten mich, auch meinerseits diesbezügliche Versuche anzustellen, und zwar galt es, Patienten mit möglichst heftigen Erregungszuständen auszusuchen, da man ja für leichtere Fälle sichere Mittel hat, und die subcutane Anwendung eines Medicamentes eine relativ unbequeme ist. Von Versuchen auf der Frauenabtheilung wurde diesmal abgesehen, da geeignete d. h. schwere Fälle augenblicklich nicht vorhanden waren. Meine Versuche erstreckten sich auf 10 Paralytiker, welche ich der besseren Controlle halber auf *ein* Zimmer

*) Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie. 1886. Nro. 10.

zusammenlegen liess. Zur Injection nahm ich eine 50% wässrige Lösung von U., sodass auf eine Pravaz'sche Spritze 0,5 U. kam. Die Dosen schwankten zwischen 1—3 Spritzen, die Injectionen wurden Abends um 8 Uhr gemacht und 7 Tage lang fortgesetzt.

Die Erfolge dieser Methode nun waren noch viel geringer, als die, welche ich von der innerlichen Darreichung des U. gesehen hatte; natürlich handelte es sich, trotz der intensiveren Wirkung eines subcutan angewandten Medicamentes, auch um relativ kleinere Dosen. Doch erschien es mir zu unpractisch, über 3 Spritzen hinaus zu gehen. Es gehört schon ein recht indolenter Patient dazu, um sich selbst diese Anzahl Injectionen geduldig gefallen zu lassen. In der That sträubten sich auch 2 Patienten sehr bald gegen diesen Eingriff, der eine, weil er gar keine Wirkung spürte, der andere, weil ihm der Einstich unangenehm war.

Zunächst machte sich der Umstand in unangenehmer Weise bemerkbar, dass die Kranken erst spät nach Einverleibung des Medicamentes einschliefen. Nur 2 Mal habe ich 8¾ Uhr als Zeitpunkt des Einschlafens notirt. Gewöhnlich trat der Schlaf erst zwischen 9 und 10 Uhr, auch noch später, zuweilen auch gar nicht ein.

Der Procentsatz der Erfolge war in Kürze folgender:

Dosis:	1 Spritze	(0,5 U.)	= 47%	Erfolge.
„	1½ „	(0,75 U.)	= 25%	„
„	2 „	(1,0 U.)	= 33%	„
„	3 „	(1,5 U.)	= 0%	„

Meine Versuche stellte ich am 7. Tage ein, da mir so viel klar geworden war, dass in Zuständen hochgradiger Aufregung, wo es sich um Darreichung grosser Dosen handeln muss, der Erfolg ein zu geringer ist, und wie schon oben bemerkt, das Hinausgehen über 3 Spritzen sich aus practischen Gründen, zumal bei einer grossen Abtheilung, verbietet.

Endlich habe ich noch hervorzuheben, dass bei den Meisten dieser Patienten der Appetit schon nach 3 Tagen in auffälliger Weise nachliess. Intensivere Störungen von Seiten des Verdauungstractus kamen in der kurzen Zeit nicht vor, ebenso wenig habe ich Abnormitäten des Pulses oder der Respiration, sowie auch keine Abscessbildungen in Folge des Einstiches beobachtet.

II. Original-Vereinsberichte.

Bericht über die XI. Wander-Versammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte am 22. und 23. Mai in Baden-Baden.

Von Dr. L. GOLDSTEIN in Aachen.

(Schluss.)

Vorsitzender der zweiten, Sonntag Morgen stattfindenden Sitzung war Berlin (Stuttgart). Auf Vorschlag Jolly's wurde *Strassburg* zum nächstjährigen Versammlungsort bestimmt und letzterer, sowie Fischer (Illenau) zu Geschäftsführern gewählt.

Vor der Sitzung demonstrirte **Rieger** (Würzburg) denen, die sich dafür interessirten, seinen höchst sinnreichen Schädel-Projectionsapparat (wird in unserem Centralblatt durch Zeichnungen erläutert), zeigte und erklärte die Stromwage von Kohlrausch, deren Princip in Nro. 7 unseres Centralblattes bereits erörtert ist. Ferner zeigte und empfahl **Edinger** *gedruckte* Microphotographien von Kühl & Comp. hergestellt, deren sich jetzt auch Weigert bedient, und die denselben Ton wie die Präparate selbst zeigen. Bevor wir mit den Rednern des heutigen Tages beginnen, müssen wir von gestern noch nachtragen, dass 326) **Laquer** (Frankfurt a. M.) im Anschluss an den Vortrag von Erb Mittheilungen *über einen Fall von wahrer allgemeiner Muskelatrophie* machte, indem er gleichzeitig diesbezügliche Photographien herumreichte. Die Muskeln sind gleichmässig hypertrophirt, doch entspricht die Kraft derselben nicht ganz dem enormen Volumen. Die myotonischen Erscheinungen der Thomsen'schen Krankheit fehlen.

Erster Redner war

327) **Kast** (Freiburg): *Zur Anatomie der cerebralen Kinderlähmung.* Es hat den Anschein, als ob in unserer Zeit der Name Polioencephalitis (Strümpell) ganz allgemein mit cerebraler Kinderlähmung sich decken würde und doch ist bei Durchsicht der zahlreichen Literatur der anatomische Befund, namentlich von 50—60 französischen Fällen ein sehr variabler. 2 Fälle, die Vortr. zu seziren Gelegenheit hatte, werfen vielleicht einiges Licht in dieses noch ziemlich dunkle Gebiet. Die Krankheit begann bei einem Kinde Nachts unter Fieber mit Krämpfen, die sich auf den rechten Arm und das rechte Bein beschränkten. Nachdem ein Cyclus von Anfällen abgelaufen war, blieb Parese des rechten Armes und Beines exclusive des Facialis zurück. Nach einigen Monaten erneuter Cyclus von Anfällen mit Ergriffensein der linken Körperhälfte. Das Kind wurde schliesslich blöde, lernte nicht gehen, nicht sprechen und starb nach 14 monatlicher Dauer der Krankheit. Die *Section* zeigte ausserordentlich schmale Windungen, namentlich in der Gegend des Vorderhirns. Der ganze Hirnmantel war hochgradig reducirt; encephalitische Herdeinlagerungen fanden sich nicht, wohl aber zeigten die mikroscopischen Präparate hochgradige Sclerose der grauen Substanz, verdickte Gefässe. Einige Zeit später erkrankte ein kleines Kind unter ähnlichen Erscheinungen, rechtsseitigen Convulsionen, die zuerst Nachts eintraten und von spastischen Lähmungen der Extremitäten gefolgt waren. Das Kind starb nach 3 Monaten. Es ist zu bemerken, dass dasselbe hochgradig neuropatisch belastet war. Es fand sich bei der Section eine bedeutente Atrophie der einen Hirnhälfte, ein degenerativer Prozess in Hirnrinde und weisser Substanz aber keinerlei Herderkrankung. Es ist hiernach nicht statthaft, im Allgemeinen Polioencephalitis und cerebrale Kinderlähmung zu identificiren.

328) **Engesser** (Freiburg) stellt darauf einen zur Nachkur augenblicklich in Baden sich befindenden Kranken vor, welcher eine Lähmung der Unterextremitäten im Anschluss an acuten Gelenkrheumatismus erlitten. Zu erklären versucht Vortr. die Affection dadurch, dass er eine Gelenkaffection der Rückenwirbel annimmt, die zunächst die Me-

ningen und dann die Vorderhörner ergriff. Die Sensibilität war nicht gestört; es bestanden hie und da Formicationen, die jedoch sehr schnell wieder vorübergingen.

329) **Friedmann** (Stephansfeld) berichtete über seine Studien, die er über *die histologischen Veränderungen bei den Formen der acuten traumatischen Encephalitis* angestellt hat. Die Untersuchungen erstrecken sich auf Kaninchen und Sperlinge. Die erste Form wird vom Vortr. als typische organisirende Entzündung bezeichnet, die sich am 8.—9. Tage nach der Verletzung durch einen centralen Herd kennzeichnet, der sich aus Bindegewebsrüstwerk zusammensetzt, suspendirt mit körnigen Zellen im Zustande der Karyokinese. Bei der zweiten subacuten Form ist im Wesentlichen derselbe Befund, nur treten die mehrkernigen Körnchenzellen zurück. Die dritte Form ist die eitrige Entzündung, bei welcher schon am ersten Tage eine starke Auswanderung aus den Gefässen statt hat. Es kommt hier zu eigenthümlichen Zellenhaufen und nach 14—21 Tagen zum Abscess. Bei der vierten durch Stichverletzung erzeugten Form, findet sich centrale Necrose, ein Herd mit Körnchenzellen, Bindegewebswucherung, und endlich eine Reizzone.

330) **Schultze** (Heidelberg) hat zunächst bei *multipler Sclerose* gefunden, dass eine Menge Axencylinder erhalten bleiben. Er wandte die Freud'sche Goldmethode an. Zweitens bespricht Vortr. das eigenthümliche Verhältniss der Ganglienzellen gegenüber verschiedenen Tinctionsmethoden. Ob die verschieden gefärbten Zellen verschiedene Altersstufen darstellen wie Kreissig meint, lässt sich nicht ausmachen, ebensowenig, ob sie, wie Flesch annimmt, verschieden functionelle Bedeutung haben. Worauf der Grund der in Wirklichkeit vorkommenden verschiedene Färbung beruht, weiss S. jedoch nicht anzugeben. Dass die vorgenommenen Prozeduren von irgend welchem Einfluss sind, scheint sicher zu sein. Von Interesse ist die Sache deswegen, weil die schwachgefärbten Ganglienzellen sehr gross erscheinen und den Eindruck hervorrufen, als ob parenchymatöse Entzündung vorhanden wäre. Bei gesunden Menschen und Thieren kommen übrigens derartige Farbendifferenzen nicht vor.

Drittens berichtet S. über einen Fall von *Tuberkel des Rückenmarks*. Er betraf einen Mann von 40 Jahren (aus der Beobachtung von G. Fischer, Cannstatt) mit Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen der Unterextremitäten, der letal verlief. Die Section ergab einen Tuberkel in der oberen Lendenanschwellung. Vorderhörner, Hinterhörner, Hinterstränge waren betroffen. Der Tuberkel hatte comprimirend gewirkt und ausserdem war eine absteigende Degeneration der Hinterstränge vorhanden. Ein zweiter Tuberkel sass im corpus restiform., welcher keine Erscheinungen gemacht zu haben scheint.

Als interessante Episode war der Vortrag von **Schottelius** (Freiburg) über die *Pasteur'schen Schutzimpfungen*, namentlich bei Lyssa, aufzufassen. In anziehender Weise schilderte der Redner den immerhin günstigen Eindruck, den er auf seiner soeben beendeten Reise nach dem Pariser Institute gewonnen hat.

331) **Tuczeck** (Marburg) macht *Mittheilungen über die nervösen Störungen im Gefolge des Ergotismus.*

Von den 25 früher beschriebenen Fällen sind noch 5 letal verlaufen, und 17 hat Vortr. jetzt wieder genau untersucht. Von diesen waren es 2 oder 3, deren Intelligenz nichts zu wünschen übrig liess. Eine progressiv fortschreitende Demenz hatte sich übrigens nirgends geltend gemacht. Epileptisch waren 2 Kranke, andere hatten epileptische Anfälle gehabt, welche aber mit der Zeit aufgehört hatten. Fast sämmtliche Kranken hatten heftige Stirn- und Hinterhauptsschmerzen. Nirgends waren progressive Erscheinungen in Bezug auf die Hinterstränge zu entdecken. Bei dreien von diesen 17 war das Kniephänomen zurückgekehrt, bei den anderen 14 fehlte es absolut.

332) **Berlin** (Stuttgart) theilt seine Beobachtungen mit, die er im weiteren Verlauf der von ihm als *Dyslexie* bezeichneten eigenthümlichen Affection gemacht hat. Alle Fälle sind letal verlaufen und alle mit Ausnahme eines einzigen sind an einer Hirnkrankheit gestorben, als deren initiales Symptom die *Dyslexie*, eine partielle, isolirte Wortblindheit, zu betrachten ist. In Uebereinstimmung damit, dass die Mehrzahl der Symptome rechtsseitig war, ergab der von auswärts berichtete Sectionsbefund eine linksseitige Affection: Verstopfung der Arter. cerebr. post., Atherom; einmal war kein positiver Befund verzeichnet. Der vom Vortr. secirte Fall wies eine Affection der Gegend, die unmittelbar an die Broca'sche Stelle grenzt, auf, wie es B. im Leben vermuthet hatte, da sie den Sitz für das Facialiscentrum und das Centrum für die Bewegungen der Oberextremität darstellt. Vortr. betont, dass in allen Fällen die Dyslexie später schwand und hält es für besonders wichtig, dass das Symptom eine letale Bedeutung hat.

333) **v. Hoffmann** (Baden) stellt einen operativ behandelten Fall von Meningitis mit Eiterung im intravaginalen Raume des Nerv. opticus vor. Interessant war, dass sich später ein Abscess in der Milzgegend entwickelte, der geöffnet wurde und vielleicht als metastatischer Abscess, von der Milz ausgehend, aufzufassen ist.

334) **Hecker** (Johannisberg) stellt fünf Sätze auf, die er befolgt wissen will bei der Aufnahme in offenen Curanstalten für Nervenkranke. Aufnahme finden 1) Kranke mit Krankheitseinsicht und Krankheitsbewusstsein, 2) Kranke, die mit ärztlicher Erlaubniss kommen, 3) die Herr ihrer Handlungen sind 4) die keiner besonderen Aufsicht bedürfen und 5) ihrer Umgebung nicht als Geisteskranke auffallen.

335) **Frey** (Baden) *spricht über den Einfluss der Schweissbäder bei der mercuriellen Behandlung der Syphilis.*

Mit der Neurologie stehen die Untersuchungen, die übrigens für den in Aachen lebenden Referenten bekannte Dinge berichteten, nur insofern im Zusammenhang als sie über Schweissbäder bei mercurieller Behandlung von Hirn- und Rückenmarkssyphilis handelten. Aber eine derartige Differenzirung trat im Vortrage nicht deutlich hervor und gerade bei diesen Affectionen muss man mit derartigen Bädern höchst vorsichtig sein, wie Ref. noch ganz kürzlich betont hat.

III. Referate und Kritiken.

336) **G. Fano** und **S. Lourie:** Contributo sperimentale alla psicofisiologia dei lobi ottici nella testugine palustre. (Experimentaluntersuchungen über die Lobi optici der Sumpfschildkröte.)
(Riv. sperim. di fren. 1886. XI. 4 fasc.)

Unter den Sumpfschildkröten, (Emys europaea?) findet man gelbgefleckte, flache Individuen und andrerseits einfarbig braune mit convexem Rücken; diesen äusserlichen Verschiedenheiten entsprechen auch verschiedene „Charactereigenthümlichkeiten“. Schildkröten der ersten Art sind rasch in ihren Bewegungen, sie antworten auf jeden äusseren Reiz prompt und lebhaft, während die zweiten langsam und träge sich verhalten. Die ersten haben einen „maniacalischen“ die zweiten einen „melancholischen“ Character. —

Diese beiden Arten von Schildkröten wurden nun in der Weise zu Reizversuchen verwendet, dass mittelst des faradischen Stromes ein Reiz auf die Mundschleimhaut ausgeübt und eine dadurch hervorgerufene Bewegung eines Hinterbeines beobachtet wurde. Für die melancholischen Schildkröten ergab sich eine Reactionszeit von 0·081, für die maniacalischen von 0·052; hingegen reagirten erstere schon bei einer Rollendistanz von 118 Mm. während die Rollen für letztere bis auf 90 Mm. genähert werden mussten.

Es gelang aber den Autoren auch melancholische Schildkröten in maniacalische zu verwandeln und umgekehrt. Wurden nämlich einer melancholischen Schildkröte die lobi optici mit sorgfältiger Schonung der Hirnschenkel abgetragen, so nahm einerseits die Reactionszeit andererseits aber auch die Reizbarkeit, mitunter in sehr hohem Grade ab. Reizung der Lobi optici maniacalischer Schildkröten mittelst eiens Salzkrystalles hatte den entgegengesetzten Effect.

F. und. L. sind daher geneigt die grössere oder geringere psychische Arbeit, welche in Folge äusserer Reize geleistet wird, auf einen wechselnden Tonus des Lobi optici zurückzuführen.

Es mag zum Schlusse noch bemerkt werden, dass die Autoren sich bemühen die Analogie zwischen dem physiologischen Verhalten der beiden Schildkrötenarten und den Characteren der melancholischen und der maniakalischen Zustände möglichst durchzuführen.

O b e r s t e i n e r (Wien).

---

337) **Ziehen** (Goerlitz): Ueber die Krämpfe in Folge electrischer Reizung der Grosshirnrinde. (Arch. f. Psych. etc. XVII. 1. p. 99.)

Verf. tritt in den Lokalisations-Streit aus dem Laboratorium Munk's. Zwichen den Ansichten (nach Fritsch und Hitzig) F r a n k's, P i t r e's, A l b e r t o n i's und G o l t z's einerseits, welche die nach Reizung der Rinde entstehenden Krämpfe als durch Vermittelung *niederer* Nervencentren hervorgerufen, erklärten, und der Auffassung L u c i a n i's, W e r n i c k e's U n v e r r i c h t's und R o s e n b a c h's andrerseits, welche den directen corticalen Ursprung der Krämpfe behaupten, trifft Z. folgende

vermittelnde Entscheidung: Er bezeichnet den Gesammteffect der Grosshirnrindenreizung als clonisch-tonischen Krampf. Wenn blos *corticale* Erregung stattfindet, so entstehen rein *clonische* Zuckungen. Wenn aber *niedrigere* motorische Centren in selbständige Erregung gerathen so ist der Effect: *tonischer* Krampf und ferner auch die bei den Versuchsobjecten auftretenden *Laufbewegungen*. Auf die Einzelheiten der Beweisführung, welche auf (durch Schemata illustrirten) scharfsinnigen Combinationen beruht, kann hier nicht eingegangen werden. Angedeutet sei nur, dass der Verf. aus der Wirkung stärkerer und schwächerer Ströme, aus dem Einfluss partieller Exstirpationen und aus der Art der Reihenfolge des Krampfes und dessen Uebergang auf die andere Körperhälfte seine Schlüsse zieht. — Zum Schluss folgen einige mit Recht vorsichtig gehaltene Anwendungen auf die idiopathische menschliche Epilepsie. Langreuter (Eichberg).

---

338) **R. Tambroni** und **Giov. Algeri**: Il tempo del processo psichico nell' estesiometria tactile negli alienati. (Die psychische Reactionszeit bei Geisteskranken mit Bezug auf die tactile Aesthesiometrie).

(Riv. sperim. di freniatr. XI. fasc. IV.)

Im Jahre 1873 hatte Ref. zum ersten Male (Virchow's Archiv 59. B.) die Untersuchung der psychischen Reactionszeit bei Geisteskranken in Anwendung gebracht, und eine Reihe von Thesen mit Rücksicht auf die verschiedenen Formen von Psychosen aufgestellt. Seither wurden einschlägige Versuche, namentlich in Italien, Allen voran der leider zu früh verstorbene Buccola, in grosser Anzahl mit den verschiedenartigsten, mitunter sehr geistreich erdachten Modificationen angestellt; die Resultate dieser Untersuchungen stehen fast ausnahmslos in vollster Uebereinstimmung mit denen des Referenten und bilden gewissermassen deren weitere Detailausführung. Das gleiche gilt auch von den vorliegenden Untersuchungen. — Die Autoren haben ausgehend von ähnlichen Untersuchungen Buccolas die Zeit gemessen, welche zur Unterscheidung nothwendig ist, ob eine Hautstelle mit einer oder mit zwei Spitzen des Aesthesiometers berührt wurde; die nothwendigen Variationen in der Entfernung beider Zirkelspitzen, sowie die Wahl verschiedener Hautstellen machten eine grosse Anzahl von Einzelversuchen nothwendig.

Untersucht wurden Fälle von Manie, Melancholie, Demenz, epileptischen Irrsinn und Verrücktheit; daneben zum Vergleiche einige normale Individuen.

Bei allen Formen fand sich, gegenüber den normalen Personen, eine sehr beträchtliche Verlangsamung der Reactionszeit, ausgenommen ist nur die Verrücktheit, bei welcher im Wesentlichen die für Gesunde geltenden Zahlen gefunden wurden.

Die Autoren fanden für die Verrücktheit sogar eine etwas kürzere Reactionszeit; doch ist die Abweichung von dem von ihnen gefundenen tipo normale eine derart geringe, dass sie noch weit innerhalb der Grenzen der individuellen Schwankungen fällt, welche bei der relativ geringen Anzahl von Versuchspersonen hier noch sehr in Betracht kommt. Obersteiner (Wien.)

---

339) **Pick** (Dobrzan): Zur Pathologie des Gedächtnisses.
(Arch. f. Psych. etc. XVII. 1. p. 83.)

Zum Studium der Wiederkehr des Gedächtnisses beobachtete Verf. eine 24 jährige Kranke, welche in der Reconvalescenz von einer recidivirenden Puerperalpsychose (von melancholischem Character) begriffen, zu der Zeit als Pick die Behandlung übernahm, einen hochgradigen Gedächtnissdefect sowohl für entferntere wie für näherliegende Gegenstände zeigte. —Indem P. während der rasch eintretenden Besserung vom 2. April bis zum 12. Mai tägliche genaue Aufzeichnungen machte, konnte er den bekannten — nur bisher nie so scharf bewiesenen — Satz bestätigen, *dass die Wiederkehr der Erinnerung in bestimmter Reihenfolge vom entfernten zum näher Gelegenen erfolgt* (ebenso wie beim progressiven Gedächtnissverlust das entfernter Gelegene zuletzt verschwindet).

(Der Verf. macht den Herausgeber dieses Centralblattes auf einen Druckfehler in der Orginalarbeit aufmerksam. Auf Seite 96, Zeile 16 v. o. muss es nämlich heissen: . . . Gedächtnissverlustes, der bei den progressiven Gedächtnissstörungen *vom weniger Fixirten zum fester Fixirten* vor sich geht" — statt umgekehrt.)

Langreuter (Eichberg).

---

340) **Koeppen** (Strassburg): Ueber die histologischen Veränderungen der multiplen Sclerose. (Arch. f. Psych. etc. XVII. 1 p. 63.)

Unter Anwendung der Weigert'schen Hämatoxylin- und der Freud'schen Gold-Färbung untersuchte Vf. das Centralnervensystem an dreien der obigen Krankheitsfälle sowie zur Vergleichung an einem Fall von Hinterstrangsclerose. Unter Uebergehung des polemischen Theiles der Arbeit hebe ich hier die Schlussresultate Koeppe's hervor: Zunächst bezüglich der *Herde* selbst konnte Vf. die Ansicht Charcot's von der *fibrillären Umwandlung der Neuroglia* nicht bestätigen. Er glaubt vielmehr, dass solche die Nervenfasern begleitende Fibrillen auch schon physiologisch im Rückenmark sich finden und bei der Sklerose nur vermehrt sind — ohne Betheiligung der Neuroglia. Die „Körnchen und Körnchennetze" in der Neuroglia (Fromann) sollen lediglich die Querschnitte dieser langen Fasern sein. Körnchenkugeln hat K. nur in den Lymphscheiden der Gefässe gesehen. Die Gefässe schienen sowohl an Zahl vermehrt als auch zeigten sie verdickte Wandungen. Sehr auffallend war die *Persistenz* der *Axencylinder* innerhalb der Herde — im Gegensatz zu dem zerbröckeltem und gröstentheils schon abgefallenem Marke. Vf. glaubt durch ihre grössere Breite die Axencylinder jeder Zeit von den Fibrillen unterscheiden zu können. Ein gleichzeitiger Zerfall von Axencylinder und Mark war sehr selten. Diese Widerstandsfähigkeit des ersteren war in dem nach gleichen Methoden untersuchten Fall von Hinterstrangsklerose weit geringer.

Bezüglich der *diffusen* Veränderungen bei disseminirter Sclerose hebt K. hauptsächlich die Vermehrung der Zwischensubstanz hervor, welche die Nervenfasern förmlich auseinandergedrängt hatte und auch ganz ent-

fernt von den Herden zu beobachten war. Aus dem letzteren Umstande glaubt Verf. schliessen zu sollen, dass der diffuse Prozess der Herdbildung vorangeht. Langreuter (Eichberg).

---

341) **Max Brink:** Zur Localisation der Grosshirnfunctionen und zur Lehre von der secundären Degeneration. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 38. Bd. 3. Heft. 1885.)

In der Leipziger Universitätsklinik (Flechsig) beobachtete Verf. folgenden Fall: Ottilie M. bekam am 6. Oktober 1882 einen leichten Schlaganfall, der vorübergehende Motilitätsstörungen im l. Arm und Bein, kurz anhaltende Sprachstörung im Gefolge hatte. Recidiv den 6. Januar 1883. Darauf rechtsseitige Gesichtsparese, Parese der rechtsseitigen Inspirationsmuskeln, des rechten Armes und Beines, Schwatzhaftigkeit, Neigung zu Affekten, Schwachsinn. Sprache plump, keine Aphasie. Herzhypertrophie und Lungenemphysem, allgemeine Atheromatose der Gefässe, Sprache vorübergehend „lallend". Am 3. Febr. Deviation der Zunge nach rechts, complete Paralyse des r. unteren Facialis, Oedem des l. Beines. Verstärkung der Psychose. Stat. praes. den 10. Mai: Hochgradige Atrophie der gesammten Körpermuskulatur. Pat. vermag die rechte Hand nicht mehr spontan zu öffnen. Beide Füsse in Spitzfussstellung, beim Gehen wird das rechte Bein mehr vom Boden gehoben, als das linke. Zeichen von statischer und locomotorischer Ataxie; Hautreflexe herabgesetzt, grobe motor. Kraft gering. Herz etwas vergrössert, Töne rauh, klappend, ohne Geräusch. Sprache verhältnissmässig fliessend. Hochgradiger Schwachsinn. Am 15. Juni spricht Pat. auffallend stolpernd. Rechter Mundwinkel steht bedeutend tiefer als der linke. L. Bein und l. Arm fast vollständig paralytisch, rechts nur Parese. Sensibilität links ganz aufgehoben, rechts herabgesetzt. Temp. 40°. Am 19. Exitus.

In Bezug auf das Gehirn ergibt die *Section:* Gehirnwindungen an zahlreichen Stellen atrophirt; stark erweiterte, mit seröser Flüssigkeit gefüllte, mitunter blasenartige Furchen. Aufsteigender Ast der Fossa Sylvii wenig entwickelt; ist nach hinten umgeben von einer Windung, welche von der zweiten Stirnwindung heruntersteigt zum Rande der Fossa Sylvii und von der vorderen Centralwindung durch eine mit der Centralfurche parallel gehende und derselben ähnliche Furche getrennt ist. In der linken Hemisphäre ein Erweichungsherd, welcher theils im Centrum semiovale sitzt, theils in das Mark der Hirnwindungen hineinreicht, theils die Rindensubstanz selbst betrifft. Erweicht sind zwei Stellen des Hirnmantels: 1) der Windungszug, welcher den aufsteigenden Ast der Fossa Sylvii umgibt und besonders die Pars opercularis (Schwalbe), 2) geht die Erweichung in's Bereich der zweiten Stirnwindung. Zwischen den Bezirken der 2. und 3. Stirnwindung durchsetzt die Erweichung die ganze Dicke des Centrum semiovale. Lädirt ist der Stabkranz der 1., 2. und 3. Stirnwindung und der Stabkranz der im untersten Theil des sulc. praecentralis verborgen liegenden Abschnitte des unteren Drittels der vorderen Centralwindung. Die Erweichung erreicht auch noch die mittlere Win-

dung der Insel. Ausser diesem grossen Erweichungsherd der l. Hemisphäre finden sich noch im Gebiete der vorderen Centralwindung zwei kleine, cylindrische Herde. Die rechte Hemisphäre lässt keine Strukturveränderungen erkennen. Die *secundäre Degeneration* geht vom Fusse des linksseitigen Stabkranzes durch die innere Kapsel, den Hirnschenkelfuss bis auf die Brücke derselben Seite und ist mikroscopisch nur spurenweise bis zur Halsanschwellung aufzufinden. Zu berücksichtigen sind die Erscheinungen vom 6. Januar bis 4 Tage vor dem Tode. Die psychische Störung (Blödsinn) erklärt sich aus der diffusen Atrophie der Hirnwindungen. Als Herdsymptome bezeichnet der Verf. 1) die Parese, resp. zeitweise Paralyse des rechten N. facialis, 2) die Paralyse des rechten N. hypoglossus, 3) die Parese der Extensoren der Finger am rechten Vorderarm. Da an den Hintersträngen des Lendenmarks Veränderungen gefunden worden sind, so beziehen sich die anderweitig oben bezeichneten Störungen wohl auf diese. Ad 1) ist zu bemerken, dass nur ein Theil des relativen Feldes des Facialis (Exner) betroffen gewesen ist, daher auch das wechselnde Verhalten der vom N. facialis versorgten Muskeln. Ad 2) ist durch die Erweichung des Centr. semiovale die Leitungsbahn des N. hypoglossus unterbrochen gewesen. Ad 3) lässt sich der Rindenbezirk nicht genau bestimmen. Ferner soll trotz der angegebenen Anomalie der Windungstypen der Fall beweisend dafür sein, dass das Rindenfeld des motor. Sprachcentrums einen nicht so beschränkten Raum einnimmt wie Broca annahm. Goldstein (Aachen).

---

342) **V. Marchi** und **G. Algeri**: Sulle degenerazioni discendenti, consecutive a lesioni della corteccia cerebrale. (Absteigende Degeneration nach Hirnrindenläsion.) (Riv. sperim. di fren. XI. fasc. 4.)

Nach Zerstörungen in der motorischen Rindenzone des Hundes und der Affen findet man absteigende Degeneration ausser im gleichseitigen P. V. und im gekreuzten P. S. auch im P. S. derselben Seite und in sehr geringem Grade noch in den Burdach'schen Strängen. Läsion der Occipitalgegend hat neben einer absteigenden Degeneration in den Hintersträngen auch Spuren einer solchen in den Seitensträngen zur Folge.

Die motorische und die sensorische Rindenzone sind nicht scharf gegeneinander abgegrenzt; beide treffen in einer intermediären Zone zusammen, nach deren Zerstörung sich weniger ausgedehnte absteigende Degenerationen sowohl in den Pyramidenbahnen, als in den Burdach'schen Strängen finden. Obersteiner (Wien).

---

343) **A. Strümpell** (Leipzig): Ueber eine bestimmte Form der primären combinirten Systemerkrankung des Rückenmark's im Anschluss an einen Fall von spastischer Spinalparalyse mit vorherrschender Degeneration der Pyramidenbahnen und geringerer Betheiligung der Kleinhirnseitenstrangbahnen und der Goll'schen Stränge.

(Arch. f. Psych. XVII. 1 p. 217).

Der Kranke Strümpell's starb Anfang 1885 im Alter von

63 Jahren. Seit 1859 bestanden Gehstörungen. Im J. 1878 hatte sich das typische Bild der *spastischen Spinalparalyse* im Sinne Erb's und Charcot's ausgebildet: An den ob. Extrem. Erhöhung der Sehnenreflexe, noch hochgradiger an den Unterextremitäten. Bei passiven Bewegungen deutlicher reflectorischer Muskelwiderstand. Grobe Kraft nicht besonders herabgesetzt. Characteristisch „spastischer Gang". Hautreflexe und sämmtliche Sensibilitätsqualitäten normal. — Dieser Zustand hielt ziemlich unverändert bis zu dem an Lungenphthise erfolgenden Tode an. Die „Beine wurden allerdings langsam schwächer", jedoch war keinenfalls vollkommene Lähmung vorhanden. — Die Section ergab eine combinirte Systemerkrankung im Rückenmark, und zwar waren *Pyramidenbahn*, *Kleinhirnseitenstrangbahn* und die Goll'schen *Stränge* degenerirt. Schliesslich war eine „Randdegeneration" fast im ganzen Verlauf des Rückenmarks vorhanden. Die Seitenstrangentartung begann im Lendentheil und erreichte im obersten Halsmark ihr Ende, ging jedenfalls nicht über die Pyramidenkreuzung hinaus. Aus letzterem Umstande schliesst Verf., dass sie nicht etwa secundär von einem höher gelegenem Herde stamme, sondern dass sie *primärer Natur* sei. Auf Querschnitten (durch Abbildungen wiedergegeben) ist zu erkennen, dass hauptsächlich die Gebiete der Pyramidenbahn und Kleinhirnseitenstrangbahn ergriffen waren. Die Erkrankung der Goll'schen Stränge begann im obersten Halsmark und nahm an Mächtigkeit rasch ab, doch waren einzelne degenerirte Fasern noch im Lendenmark zu erkennen. Aus dem Umfange des Erkrankungsgebietes auf den einzelnen Querschnitten argumentirt Str., dass die Degeneration der Pyramidenbahn eine *aufsteigende* und diejenige der Kleinhirnseitenstrangbahn und der Goll'schen Stränge eine *absteigende* gewesen sei..

Indem der Verf. den hier mitgetheilten Fall mit 2 andern bereits früher von ihm veröffentlichten zusammenfasst, glaubt er jetzt ein *neues Krankheitsbild* aufstellen zu können in der Form dieser combinirten Systemerkrankung des Rückenmarks im Gebiet der genannten Stränge. Betreffs der Aetiologie des Leidens glaubt Str., dass es sich am ehesten um eine hereditäre fehlerhafte Beanlagung dieser Fasersysteme mit einem vorzeitigen Versagen und schliesslich eintretender Atrophie handle. Ausser durch andere Momente werde diese Auffassung wesentlich dadurch unterstützt, dass ein noch lebender Bruder des hier geschilderten Patienten an einer klinisch durchaus ähnlichen Erkrankung litt.

Langreuter (Eichberg).

---

344) **Charles W. Chadwick:** Embolus of the basilar artery. (Embolie der Art. basilaris.) (The British Medic. Journ. 27. Febr. 1886.)

Ein gesunder 21 jähriger Mann klagt eines Tages über Hinterhauptsschmerz; 2 Tage später tritt plötzlich Bewegungs- und Bewusstlosigkeit ein, die Haut bedeckt sich mit reichlichen sauern Schweissen, der rechte Arm steht halbflectirt, der linke Arm und die Beine extendirt, die Gesichtmuskeln sind verzogen wie beim Weinen, während Thränen beständig hervorquellen, das Schlucken ist unmöglich, die Reflexe sind gesteigert (auch Dorsalklonus vorhanden), Temperatur und Puls nehmen

zu bis zum Tode, der 56 Stunden nach dem Anfalle erfolgt. Bei der Section findet sich Congestionirung der Meningealvenen und ein erbsengrosser Embolus im vordern Theile der Basilararterie; alle andern Organe, namentlich auch das Herz, sind gesund, so dass die Entstehung des Embolus dunkel bleibt.

Voigt (Oeynhausen).

---

345) **Deschamps** (Paris): Hémorrhagie de la protuberance. (Blutung in den Pons). (Le Progrès méd. Nro. 10. 1886.)

G., 43 jähriger Schuhmacher, Potator, wurde am 27. Septbr. 1885 ins Hospital Necker aufgenommen. Wegen eines Anfalls von linksseitiger Hemiplegie war Pat. bereits das Jahr vorher 6 Monate lang in der Charité behandelt worden, und bei seiner damaligen Entlassung existirte nur noch eine geringe Schwäche der linken Hand, auch wurde das Bein beim Gehen etwas nachgeschleppt. Inzwischen erfreute Pat. sich der besten Gesundheit, bis er in der Nacht vom 25. zum 26. Septbr. von einem neuen Anfalle heimgesucht wurde. Ohne irgend welche Beschwerde hatte er sich zur Nachtruhe ins Bett begeben, war eingeschlafen und als er erwachte und sich zum Urinlassen erheben wollte, bemerkte er, dass seine ganze linke Seite gelähmt war. Sein Bewusstsein war dabei ungetrübt geblieben. Am folgenden Tage wurde im Krankenhause vollständige Lähmung der linken Seite und geringe Facialisparese derselben Seite constatirt. Sensibilität überall abgestumpft. Sinnesorgane intact. Pat. ist sehr niedergedrückt, weint leicht; sieht mindestens wie ein Sechszigjähriger aus. Die körperliche Untersuchung ergiebt: Mässiges Lungenemphysem und Herzhypertrophie ohne Veränderung an den Klappen. Radialarterie atheromatös. Incontinentia urinae et alvi. Im Harn weder Eiweiss noch Zucker. Einige Tage später tritt Urinverhaltung und allgemeiner Hydrops auf; derselbe ist auf der kranken Seite intensiver als auf der gesunden. Er nimmt bald wieder ab, ohne völlig zu verschwinden.

Die Retentio urinae macht alsdann wieder der Incontinentia Platz. Pat. wird zusehends schwächer; seine Intelligenz umnebelt sich immer mehr. Er liegt benommen da und stirbt in der Nacht vom 6. zum 7. Decbr. im Coma.

Autopsie. Purulente Pleuritis in geringer Ausdehnung auf der linken Seite. Beide Lungen emphysematös. Herz voluminös, stark mit Fell umlagert; kein Klappenfehler. Aorta in ihrer ganzen Ausdehnung atheromatös. Leber etwas fettig degenerirt. Nieren ohne erhebliche Veränderungen. Blasenschleimhaut stark injicirt, etwas Eiter im Fundus der Blase. — Die *Meningen*, besonders Pia mater, sehr verdickt und congestionirt. Sie lassen sich von der Hirnoberfläche, die intact erscheint, leicht abziehen. Die Hirnarterien, besonders der Truncus basilaris, stark atheromatös. Kein hämorrhagischer Herd in den beiden Hemisphären. Der Ventrikel normal. — In dem obern Theile des Pons, an der Stelle, wo der rechte Pedunculus cerebri eintritt und vor der Durchkreuzung der Hirnschenkel findet sich ein kleiner hämorrhagischer Herd, von der Grösse einer Erbse und von grauröthlichem Aus-

sehen, bestehend aus Blut und Gehirnsubstanz, in einer kleinen Höhlung mit gewundener Wandung. Die Umgebung erscheint ganz intact. In der Medulla oblongata und im Kleinhirn nichts Abnormes.

Rabow (Berlin).

---

346) **G. Sepilli** (Imola): Sullo spasmo clonico della lingua. (Ueber klonischen Zungenkrampf.) (Rivista sperim. di freniatr. 1886. IV.)

So häufig sich Krämpfe der Zungenmuskeln mit Krämpfen auf anderen Gebieten combiniren, so selten treten sie isolirt auf. Derartige Fälle sind von Erb, Berger, Remak beschrieben worden, immer betrafen die klonischen Krämpfe beide Zungenhälften, und traten meist nur anfallsweise auf.

Der von Sepilli beobachtete Fall betrifft eine 34jährige hereditär belastete Frau, welche in der Lactationsperiode melancholisch und in die Anstalt zu Imola überbracht wurde. Die rechte Zungenhälfte, und zwar ausschliesslich diese, befand sich bereits zur Zeit ihres Eintrittes in einer fortdauernden, durch klonische Krämpfe aller rechtsseitigen Zungenmuskeln bedingten Unruhe. Im oberen Halsdreiecke der rechten Seite konnte eine rythmische Bewegung beobachtet werden, welche einer Arterienpulsation sehr ähnlich war, aber, wie auch die graphisch aufgenommene Curve beweist, durch den Muskelklonus bedingt war. — Unter Anwendung des faradischen Stromes und Darreichung von Bromkalium (3 grm. pro die) besserte sich der Zungenkrampf nach und nach, war aber nach mehr als 3 Monaten zur Zeit ihrer Entlassung noch nicht gänzlich geschwunden.

Die Einseitigkeit und die lange Dauer machen diesen Fall besonders interessant.

S. ist geneigt diesen Zustand als eine Neurose im Gebiete des Hypoglossus, und zwar als eine functionelle Erkrankung der Hirnrinde oder des Hypoglossuskernes anzusehen.

Obersteiner (Wien).

---

347) **L. O. Finkelstein:** Ueber Störungen des Gesichtes und der anderen Sinnesempfindungen bei einigen Krankheiten des Nervensystems. (Vorläufige Mittheilung.) (Wratsch. 1886, Nro. 1. russich.)

Verf. hat in der Klinik für Nerven- und Geisteskranke des Professors Mierschejewsky eine Reihe von Beobachtungen gemacht, die ihn zu folgenden Resultaten führten:

I. Epilepsie.

1. Verf. hat bei Epilepsie nur eine Form der Verengung des Gesichtsfeldes beobachtet und zwar die allgemeine concentrische Verengerung, die sich in zwei Unterformen theilt.

a. Die eigentliche concentrische Verengerung des Gesichtsfeldes.

b. Die hemianoptische Form der allgemeinen concentrischen Verengerung.

2. Die Verengerung des Gesichtsfeldes beginnt vor dem Anfalle zugleich mit den allgemeinen Störungen, wie Schwindel, Kopfschmerzen, Herzklopfen. etc.

3. Das Auftreten der Verengerung fällt vollständig mit dem Auftreten der übrigen Vorläufer des Anfalls zusammen.

4. Die Verengerung ist unmittelbar nach dem Anfalle am bedeutendsten.

5. In den nächsten Tagen nach dem Anfalle erweitert sich das Gesichtsfeld stets, stationär wird die Verengerung auch bei sehr häufigen und schweren Anfällen nicht.

6. Vorübergehende und anhaltende Verengerung im Sinne Thomsen's und Oppenheim's kann Verf. nicht zugestehn.

7. Die Krankenuntersuchung ist nur dann vollständig, wenn auch die Farbenempfindung geprüft wird.

8. Die Verengerung des Gesichtsfeldes für Farben geht nicht parallel mit der Verengung für weisses Licht.

9. Für farbiges Licht geht die Verengerung bedeutend schneller vor sich.

10. Die Farbengesichtsfelder behalten ihr physiologisches relatives Verhältniss zu einander.

11. Eine Verkehrung der Farbenempfindung kommt oft, aber nicht immer zur Beobachtung; dabei wird eine Farbe oft von einer anderen nahe liegenden Farbe ersetzt. Irgend welche Regeln für diese Verkehrungen waren nicht zu beobachten.

12. Die Verengerung ist am stärksten für grünes Licht; und wenn eine Verkehrung eintritt, so beginnt sie entschieden mit der grünen Farbe.

13. Nach Ablauf des Anfalles kehren die Gesichtsfelder allmählich zur Norm zurück, und zwar zuerst das blaue, dann das rothe, gelbe und zuletzt das grüne Licht.

14. Ausser den oben beschriebenen Störungen wird oft das Ausfallen einer Farbe aus dem Gesichtsfelde in einem oder allen Durchmessern beobachtet. Am häufigsten geschieht dieses mit dem grünen Licht.

15. Dem Gesicht am nächsten steht in der Schnelligkeit des Auftretens von Functionsstörungen das Gehör und die Knochenleitung. Gewöhnlich vermindern sich beide mehr auf der Seite, welche der grösseren Verengerung des Gesichtsfeldes entgegengesetzt ist.

16. Die Geschmacksempfindungen sind nach dem Anfalle entweder geschwächt oder verkehrt oder ganz vernichtet, geben aber in Folge der Unvollkommenheit unserer Untersuchungsmethoden keine genauen diagnostischen Kennzeichen.

17. Das centrale Sehen nimmt nach dem Anfalle mehr oder weniger ab; je nach der Besserung der allgemeinen Störungen bessert sich auch das centrale Sehen.

18. Im postepileptischen Zustande zeigen sich oft flimmernde Skotome und rasche Erschöpfung der Netzhaut. Die Farben werden momentan im Gesichtsfelde fixirt, verschwinden dann aber schnell. Dieser Zustand von rascher Ermüdung der Netzhaut bessert sich auch allmählich und vergeht sogar ganz.

19. Der Geruch unterliegt gleichfalls Veränderungen, wobei die

stärksten Unterschiede sich gleichfalls auf der Seite finden, welche der grösseren Verengerung des Gesichtsfeldes entgegengesetzt ist.

Verf. glaubt, dass die Verengerung der Farben — Gesichtsfelder bei Erhaltung ihrer relativen physiologischen Grösse ein gutes Mittel an die Hand giebt simulirte Epilepsie zu erkennen.

II. Hysterie.

Verf. konnte nur alle Beobachtungen Charcot's und seiner Schüler bestätigen, fand aber ausserdem bei 3 von 24 Kranken paracentrale Skotome, analog denen, welche Hirschberg bei chronischem Alcoholismus beschrieben hat.

III. Neurasthenie.

1. Bei der Neurasthenie ist eine genaue Prüfung des Auges auf alle Farben nothwendig. Oft ist das Gesichtsfeld für weisses Licht normal, vermindert sich aber schnell für die übrigen Farben.

2. Weisses Licht ruft oft Farbenempfindungen hervor.

3. Die Verkehrungen der Farbenempfindungen sind wie bei der Hysterie verschiedenartig.

4. Das Ausfallen irgend einer Farbe am häufigsten der grünen, aus dem Gesichtsfelde tritt genau wie bei Epilepsie auf.

5. Bei Besserung des Allgemeinzustandes unter dem Einflusse der Behandlung, kehrt auch die Farbenempfindung des grünen Lichtes zurück. Alle übrigen Sinnesempfindungen sind wie bei der Hysteric auf der Seite der grösseren Verengerung des Gesichtsfeldes herabgesetzt.

IV. Alkoholismus und sonstige Vergiftungen.

1. Verf. hatte Gelegenheit das Gesichtsfeld bei acutem Alcoholismus im Stadium des Deliriums zu untersuchen und fand es ganz unverändert.

2. Bei Delirium tremens auf Grund alten, chronischen Alkoholismus besteht immer Verengerung, augenscheinlich constante.

3. Die alkoholische Dyschromatopsie ist beiderseitig, (im Widerspruch mit den Beobachtungen früherer Autoren wie Magnan und anderer).

4. Die Verwechselung der Farbenempfindungen bezieht sich nur auf die Grundfarben; Verfasser konnte nie auf dem Perimeter eine Verwechselung mit zusammengesetzten Farben wie braun, chocoladenfarbig etc. wie Magnan behauptet, entdecken.

5. Wegfallen des grünen Lichtes wird meist in irgend einem Diameter beobachtet, am häufigsten im innern.

6. Hemianästhesie findet sich bei Alkoholikern immer auf der Seite der grösseren Verengerung des Gesichtsfeldes.

Schliesslich bringt Verf. noch einige Beobachtungen über das Gesichtsfeld zur Zeit der Menstruation.

1. Zur Zeit der Menstruation verengert sich das Gesichtsfeld.

2. Die Verengerung entspricht vollständig der Menge des verlorenen Blutes.

3. Am stärksten ist die Verengerung am 3. und 4. Tage; sie vermindert sich schnell bis auf die Norm am 5. und 6. Tage.

4. Verwechselungen der Farbenempfindungen kommen bisweilen auch zur Zeit der Regeln vor; dieselben betreffen nur die grüne Farbe, welche auf dem Perimeter gelb erscheint. Mit Aufhören der Regeln verschwindet auch die Verkehrung der Farbempfindungen.

Buch (Willmanstrand, Finnland).

---

348) **Wood**: Lead-poisoning. (Bleivergiftung.) (The therap. Gazette 15. Februar 1886.)

Nachdem W. sich schon früher dahin ausgesprochen hatte, dass die Abwesenheit des Bleisaums am Zahnfleisch nicht gegen das Vorhandensein einer Bleivergiftung spreche, kam ihm neuerdings wieder ein Fall dieser Erkrankung vor, in welchem nicht nur jenes Symptom, sondern auch eine Menge anderer für die Erkrankung als characteristisch angesehene fehlten: Pat. litt an einer eigenthümlichen Schlaflosigkeit; sobald er zu Bette gehen wollte, bekam er Ameisenkriechen, Zucken in der Haut und verschiedenen Schleimhäuten (zeitweise speciell der Urethra), und ein solches Gefühl der Körperunruhe, dass er aus dem Bette aufspringen und stundenlang hin und hergehen musste. Die Ueberlegung, dass derartige allgemeine periphere Reizzustände sehr häufig durch die Anwesenheit eines toxischen Agens im Körper entstehen, führte zur richtigen Diagnose (es fand sich Blei im Urin, auch erinnerte sich Pat., öfters kurz dauernde heftige Leibschmerzen gehabt zu haben u. s. w.).

Voigt (Oeynhausen).

---

349) **S. Jeaffreson**: A note on so-called lead-neuritis. (Eine Bemerkung zur sogenannten Bleineuritis). (The British Medic. Journ. 27. Februar 1886.)

Verf. sagt, dass nach seiner reichen Erfahrung bei Bleivergiftung eine specifische Neuroretinitis, wie man dies seit Hutchinson und Albutt annehme, nicht vorkomme. Wohl aber entstehen unter dem Einflusse jener Vergiftung Organerkrankungen, welche gelegentlich secundäre Papillitis und Neuroretinitis erzeugen; hierher gehörten Nierenaffectionen, Unterdrückung der Menses, (hier sei Neuroretinitis ziemlich häufig) und vor allem Ergüsse in die Hirnhöhlen und subarachnoidealen Räume. Gerade in Bezug auf letztere Fälle fand Verf. nicht selten, dass trotz schon länger bestehender Bleivergiftung Neuroretinitis resp. Neuritis sich erst einstellte, als aus gewissen Symptomen (epileptiforme Convulsionen, dilatirte Pupillen, Blindheit, Stauungspapillen u. s. w.) die Diagnose auf Aenderung des intracraniellen Druckes durch seröse Ergüsse etc. gestellt werden musste.

Voigt (Oeynhausen).

---

350) **Henry B. Millard** (New-York): On the treatment of sciatica and neuralgic affections by congelation with methyl chloride. (Ueber die Behandlung von Ischias und anderen neuralgischen Affectionen mit Methylchlorid). (The Therapeutic. Gazette 15. Febr. 1886.)

Verf. bestätigt die guten Resultate der von Debove in der Gazette hebdom., 15. August 1884 beschriebenen Behandlung der Ischias

mit Methylchlorid: die Haut über dem n. ischiadic. in seinem ganzen Verlaufe wird durch das in Gasform darüber hinstreichende Methylchlorid zum Gefrieren gebracht; oft namentlich bei rheumat. Ischias, genügt eine Sitzung zur Heilung. Da nach dieser Operation weder Blasenbildung noch Necrose der Haut folge, da sie schnell ausführbar und wenig schmerzhaft sei, da sie endlich auf sehr grosse Hauptfläche in einer Sitzung angewandt werden könne, so verdiene sie den Vorzug vor dem Glüheisen. Aehnlich aber weit weniger intensiv wirke das Rhigolene (Petroläther). Voigt (Oeynhausen).

---

351) **Hirt** (Breslau): Das Hypnon als Hypnoticum.

(Bresl. ärztl. Zeitschr. 1886. Nro. 6.)

Verf. hat mit Moebs umfangreiche Versuche angestellt, ist bis zu Einzeldosen von 0,4 gegangen. Resultat absolut negativ: Hypnon ist nicht zu empfehlen. E.

---

352) **Mann** (Brooklin) On the use of cocaine in the opium habit. (Ueber den Gebrauch von Cocain bei Opiummissbrauch.) (Alienist & neurologist. Januar 1886 p. 51.)

M. hat gute Erfolge bei seinen Entziehungscuren durch subcutane Injectionen von Cocain gesehen; auch bei Ischias und Ovarialneuralgie empfiehlt er die Anwendung desselben. Verf. warnt aber vor dem allzulang fortgesetzten Gebrauch und hält es auch für zweckentsprechend, den Patienten den Namen des Mittels nicht zu sagen.

Koenig (Dalldorf).

---

553) **Rehm** (Blankenburg): Chronischer Chloralmissbrauch.

(Arch. f. Psych. etc. XVII. 1. p. 36.)

Die mühevolle Arbeit Rehms, der man übrigens den Vorwurf der Unübersichtlichkeit nicht ersparen kann, behandelt die Schattenseiten in der Anwendung des Chlorals bei dessen chronischem Missbrauch. Die bisher in der Literatur vorkommenden Ansichten über *gelegentliche Erfolglosigkeit* über *schädliche Wirkungen* in *klinischer* und *pathologisch-anatomischer* Beziehung werden durch einige eigene Beobachtungen unterstützt. Die Erscheinungen des „*Chloralismus*" wie sie mehr oder weniger bisher beobachtet sind, fasst R. ungefähr folgendermassen zusammen: Vasoparalytische Störungen, besonders im Gebiete der Kopf- und Halsganglien, Erythem, Eczem, Gangrän der Haut und der Schleimhäute, Nagelvereiterung, Intestinalstörungen, Icterus, pneumonische Erscheinungen, Herzaffection, Harnverhaltung; ferner Gliederschmerzen und Gliederunruhe, Tremor, lähmungsartige Zustände der Extremitäten und sogar epileptische Krämpfe.

Dem Ref. hat es geschienen, als wenn der Vf. im allg. zu schwarz malt. Nach meinen Erfahrungen in der Dalldorfer Irrenanstalt, in welcher jährlich ca. 60 Kilo Chloral verbraucht wurden, sind Intoxicationserscheinungen — auch leichte Fälle — verhältnissmässig selten. Allerdings kann ja in einer geschlossenen Anstalt von eigentlichem

„Missbrauch“ nicht die Rede sein — jedoch erinnere ich mich beispielsweise einer Kranken, welche damals seit über 3 Jahren *allabendlich* 3, 5 gr. ohne jede nachtheilige Folge nahm.

Langreuter (Eichberg).

---

354) **Burkart** (Bonn): Zur Behandlung der Hysterie und Neurasthenie. (Berl. Klin. Wochenenschr. Nro. 16. 1886.)

B. weist an der Hand seiner namentlich noch im Verlaufe des letzten Jahres gesammelten Erfahrungen auf mehrere Punkte hin, die bei der Einleitung und Anwendung des von Weir-Mitchell ersonnenen Heilverfahrens (vielfach auch mit dem Titel Playfair'sche Cur bezeichnet. Ref.) beobachtet werden müssen. Vor allem betont B. wieder die gute Dienste, welche ihm dasselbe in geeigneten Fällen von Hysterie, Neurasthenie, Spinalirritation u. s. w. leistete; er verzeichnet unter 21 meist alten schon nach allen möglichen Prinzipien behandelten Fällen 12 mal „auffallend günstige Heilerfolge“. Bezüglich der Bedingungen für erfolgreiche Anwendung des Weir-Mitchel'schen Verfahrens stellt B. folgende Sätze auf: erstens die betreffenden Patienten müssen noch mit einem gewissen Quantum intaker Willensenergie in die Kur eintreten; sie müssen weiter den festen Vorsatz haben, allen durch die Kur an sie gestellten Anforderungen, die nicht gering angeschlagen werden dürfen, zu entsprechen; endlich müssen die Patienten nach B. über den Gang des Heilverfahrens genau unterrichtet sein. Kranke mit besonderen Erregungszuständen des Gehirns will B. von dieser Curmethode ausgeschlossen wissen.

Die ferneren Details seiner interessanten und instruktiven Krankengeschichten und der daran angeknüpften Besprechungen verschiedener Neurosen — Neurasthenia gastrica (Hutchinson) Dyspepsia nervosa (Leube), Visceral und Rectalneuralgien u. s. w. müsssen im Orginale nachgesehen werden.

Bastelberger (Eichberg).

---

355) **E. Moravcsik:** Freiwillige Suggestion bei einer hystero-epileptischen Frau. (Orvosi Hetilap 1886. Nro. 1. Pester Medic. chir. Presse 1886. Nro. 12.)

Aus der Klinik des Prof. Laufenauer theilt der V. folgenden Fall mit. Eine 23 jährig. unverheirathete Näherin, die seit 1885 an hystero-epileptischen Anfällen leidet, bekam am 11. Januar 1885 Nachmittags 4 Uhr 2 Cannabinon-Zeltchen (per 0·06 Cannabinon). Nach $1^1/_2$ Stunden war an ihr eine maniakalische Gereiztheit wahrzunehmen. Später stellten sich in einzelnen Muskelgruppen Zuckungen ein, ihre Sprache wurde schwerfällig, stotternd. Massenhafte Sinnestäuschungen traten auf, zumeist schreckhaften Inhalts. Sie klammerte sich mit dem Ausdrucke der Verzweiflung ans Bett. Endlich verschwand die Vision. Pat. begann sich wohl zu fühlen, sprechen vermochte sie jedoch nicht. Nach 4 Stunden beruhigte sie sich und schlief fest ein. Während der ganzen Zeit waren die Pupillen dilatirt. Erst am 3. Tage fühlte sie ihren Kopf frei. Sie erinnerte sich an die Geschehnisse. Die beschriebenen Symptome entsprechen dem Bilde der Cannabin-Intoxication.

So oft ihr später den Cannabinzeltchen ähnliche Arzeneimittel gereicht wurden (Mentha-, Haemoglobin-Trochisci) bot sie ähnliche Symptome. Die Kranke suggerirte sich demnach die Erscheinungen der Cannabinwirkung. Die Form des Mittels allein löste bei ihr reflectorisch den ganzen psychischen und motorischen Symptomencomplex aus. Eben deshalb bezeichnete der V. diese Erscheinung mit „freiwilliger Suggestion“, zum Unterschiede von jener, die auf Einwirkung anderer entsteht. Pollak (Budapest).

---

356) **A. Cartaz:** Du mutisme hysterique. (Ueber hysterische Stummheit. Aus Charot's Nervenklinik.) (Le Progrès. méd Nro. 7, 9, 10. 1886).

Die Stummheit kann als ein verhältnissmässig seltenes Symptom der Hysterie betrachtet werden. In der älteren Literatur wird ihrer kaum Erwähnung gethan, und in der neueren wird sie zum Theil mit Aphonie verwechselt. Und doch kann man bei eingehendem Studium schon in der ältesten Geschichte die Beläge für das Vorhandensein dieser Affection auffinden. So liefert uns bereits Herodot ein interessantes, hierher gehöriges Beispiel, indem er von dem begabten, aber stummen Sohne des Kroesus berichtet, der plötzlich seine Sprache wiedererlangt, als er sieht, dass ein feindlicher Soldat seinen Vater tödten will. Im vorigen Jahrhundert berichtete Wells von einer Frau, die am Ende eines hysterischen Anfalls wahrnahm, dass sie weder sprechen noch irgend einen Ton von sich hervorbringen konnte, obgleich sie im Vollbesitze ihrer geistigen Fähigkeiten war. Ein neuer Anfall brachte ihr die Sprache wieder. — Sédillot stellte 1885 eine Frau vor, die seit 12 Jahren an Stummheit und Aphonie litt und durch Electricität geheilt wurde. In neuerer Zeit sind noch viele ähnliche Fälle publicirt worden. Lionville und Debove bringen diesen Mutismus mit einer Muskelparalyse in Zusammenhang. Revilliod in Genf, der mehrere gut beobachtete Fälle veröffentlicht hat, sucht die Erklärung für das Symptom der Stummheit in der Lähmung eines bestimmten Nerven. Cartaz hat die bisher bekannt gewordenen Fälle gesammelt und es — mit Einschluss der auf Charcot's Klinik gemachten Beobachtungen — auf 20 Fälle gebracht. Eine genauere Prüfung der Kranken lässt in dieser Stummheit eine centrale psychische Störung erkennen, gleich derjenigen, die die Paralyse eines Gliedes, die Aufhebung oder Einschränkung des Gesichtsfeldes u. s. w. herbeiführt. Verfasser theilt nun sämmtliche diesbezügliche Beobachtungen mit. Bezüglich der Détails dieser 20 Krankengeschichten muss auf das Original verwiesen werden. Eine Betrachtung derselben zeigt, das sie sämmtlich identisch sind und die folgenden hauptsächlichsten Charactere darbieten: plötzlicher Beginn, Unmöglichkeit zu schreien und zu sprechen, vollständige Erhaltung der Intelligenz, Wiederkehr der Sprache mit Stottern während eines gewissen Zeitraumes.

Es versteht sich von selbst, dass gleichzeitig unter den Andecedentien andere hysterische Manifestationen constatirt werden. — Für die Behandlung sind keine neuen Gesichtspunkte geboten. Die Hydrotherapie und Electricität (faradischer Strom) können die Wiederkehr der

Sprache beschleunigen. Ein neuer hysterischer Anfall hat mitunter genügt, den psychischen Zustand zu modificiren und den Mutismus zum Schwinden zu bringen. Bateman berichtet von einem seit 6 Tagen stummen Manne, der eines Morgens mit dem Ausrufe erwacht: „A man the river". Er hatte geträumt, dass ein Mann ins Wasser gefallen sei und der durch diesen Traum bewirkte psychische Choc hatte genügt, ihm die Sprache wiederzubringen. Rabow (Berlin).

---

357) **A. Wildermuth** (Stetten): Ueber die Behandlung von Epileptischen in Anstalten. (Zeitschr. f. d. Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer. I. Jahrgang. Nro. 1, 2, 4, 5 und 6.)

Die Arbeit bezweckt eine Zusammenstellung der ärztlichen Gesichtspunkte bei der Behandlung der Epilepsie auf Grund der Erfahrungen, die der Verf. in seiner Anstalt gemacht hat. Sie beginnt mit einem der Aufnahme der Epileptischen gewidmeten Abschnitt. Bei der Erörterung der Anamnese wird auf die Wichtigkeit hingedeutet, welche der Nachweis von infantilen Krampfzuständen und besonders von einer Kontinuität zwischen diesen und der zur Zeit bestehenden Epilepsie besitzt. Aetiologisch wichtig sind Schädelverletzungen, Insolationen, schwere akute Krankheiten, namentlich Meningitis und akute Exantheme. Von Bedeutung ist es, festzustellen, ob dem ersten ausgebildeten Anfall Zustände von vertigo vorangingen oder nicht. Zu beachten sind die mit den epileptoiden und den epileptischen Anfällen einhergehenden vasomotorischen Erscheinungen, die Tiefe und Dauer der Bewusstseinsstörung und ihr Verhältniss zu der Intensität und Ausbreitung der motorischen Erscheinungen, die Dauer und die Häufigkeit der Anfälle, die prämonitorischen Symptome und die Beschaffenheit der Aura, das psychische und somatische Verhalten in der anfallsfreien Zeit, die Kenntnissnahme der vorangegangenen Heilversuche und ihrer Erfolge, u. A. mehr. — Mit einer Bemerkung des Verf.'s kann sich Referent nicht einverstanden erklären, nämlich, dass dem état de mal meistens palpable Veränderungen des Gehirns oder seiner Hüllen zu Grunde lägen. — Nach einer kurzen Besprechung der hereditären Verhältnisse geht der Verf. auf die Gesichtspunkte über, welche bei der Aufnahme des ärztlichen Status zu beachten sind. Das Hauptaugenmerk ist darauf zu richten, ob es sich um idiopathische oder um durch eine bestimmte allgemeine oder Herdaffection bedingte Epilepsie handelt. Verf. legt mit Bezug hierauf Gewicht auf die Percussion des Schädels, und gewiss mit Recht. Bei der Prüfung der Sinnesfunktionen gibt Verf. recht hübsche Anleitung, um bei psychisch schon sehr insufficienten Kranken auch mit relativ einfachen Untersuchungsmethoden zum Ziele zu kommen. Seinen Bemerkungen über die Aufnahme des Status praesens ist ein Schema zur Ausführung desselben beigefügt, das ganz übersichtlich gehalten ist und alle wissenswerthen Punkte berücksichtigt. Hieran schliessen sich Belehrungen für das Wartepersonal hinsichtlich der Beobachtung und Notirung der epileptischen Schwindel- und Krampfanfälle nebst einem darauf bezüglichen Schema.

In dem zweiten Abschnitt seiner Arbeit, welcher von der Indication zur Aufnahme Epileptischer in die Anstalt handelt, wendet sich der Verf. zunächst gegen die irrige leider auch von manchen Aerzten noch getheilte Ansicht, dass der Aufenthalt in einer Anstalt in Mitten ihrer Leidensgenossen für viele Epileptische nicht nur nicht nützlich, sondern wegen der Gefahr der Irritation geradezu schädlich sei, indem er an dem Einfluss psychischer Momente auf die Veranlassung und Verschlimmerung der Epilepsie mit Recht den lebhaftesten Zweifel äussert. Auch die Behauptung mancher Aerzte, dass das Familienleben wohlthätig auf die meisten Kranken dieser Art wirke und dass die ärztliche Behandlung in der Familie bessere Resultate ergebe, als die in der Anstalt, wird zurückgewiesen. Gerade die ängstliche Abschliessung der Kranken von der Aussenwelt, welche die Angehörigen anstreben, um die Krankheit vor Anderen zu verheimlichen, sowie das Gefühl der Kranken, Gegenstand beständiger ängstlicher Fürsorge seitens der Familie zu sein, werden nach der Ansicht des Verf.'s zu einer auf das Nervenleben des Epileptischen beständig ungünstig einwirkenden Quelle der Irritation. Dazu kommt noch der Umstand, dass sich eine consequente ärztliche Behandlung nur in einer Anstalt ausführen lässt. Für jugendliche Epileptische ergibt sich ferner eine besonders wichtige Indication zur Aufnahme in eine Anstalt aus der Unmöglichkeit eines regelmässigen Schulbesuchs, da diese Patienten wegen den abstossenden Aeusserungen ihrer Krankheit in der Schule häufig Misshelligkeiten und Störungen herbeiführen, während sie in einer Anstalt unter sachgemässer Aufsicht recht wohl mit Erfolg an einem geregelten Unterricht theilnehmen können. Daher plaidirt der Verf. mit Recht dafür, „dass für alle Fälle ausgesprochener Epilepsie, in erster Linie für jugendliche Kranken im schulpflichtigen Alter, Anstaltsbehandlung indicirt ist". Ganz leichte Fälle von Epilepsie bei Erwachsenen, die keine Störung des Berufes und der sonstigen socialen Beziehungen zur Folge haben, können dagegen in der Familie bleiben. Bei einer vorübergehenden Steigerung der Krankheit ist es indessen besser, auch diese Patienten auf unbestimmte Zeit in einer geeigneten Anstalt unter zu bringen. Epileptische, die bereits in hochgradigen Schwachsinn oder Blödsinn versunken und dabei nicht gemeingefährlich sind, können unter geeigneten Verhältnissen recht gut in Privatpflege untergebracht werden, doch ist es, da diese sich nur selten finden, aus Gründen der Humanität doch besser, auch diese Kategorie von Kranken in Anstalten zu verpflegen. Ganz besonders wünschenswerth ist die Unterbringung in eine Anstalt für jugendliche Hysterische, deren Leiden sich unter der meist ganz thörichten Behandlung in der Familie stets steigert.

In dem dritten Abschnitt der Arbeit findet die medicamentöse und die diätetische Behandlung der Epilepsie eine ausführliche Besprechung. Verf. warnt zunächst vor schablonenhaftem Verfahren, erinnert aber auch daran, dass man bei dem Individualisiren nicht zu häufig und rasch die Medicamente wechseln dürfe. Zunächst wird die Behandlung mit Bromsalzen erwähnt, sodann diejenigen mit den

übrigen gebräuchlichen inneren Mitteln. Es würde in einem Referate zu weit führen, wollte man dem Verf. bei der Besprechung dieser Mittel Schritt für Schritt folgen, wer sich dafür interessirt, möge den Abschnitt im Original nachlesen. Eigentlich Neues haben wir darin nicht finden können, höchstens die Erwähnung, dass Verf. in jüngster Zeit auch Versuche mit dem innerlichen Gebrauch von Cocain gegen Epilepsie begonnen hat. Im Allgemeinen räth der Verf. zu folgendem medicamentösem Regime: Bei ganz frischen Fällen jugendlicher Kranken eine kombinirte Behandlung mit Atropin und Bromkali, nach Aufhören der Anfälle ist die Bromtherapie mindestens noch ein Jahr fort zu setzen. Kommt man mit Bromkali nicht zum Ziele, so ist die Kombination der Bromsalze nach der Erlenmeyer'schen Vorschrift zu versuchen. Hilft auch das nicht, so kann man zum Zincum oder osmiumsauren Kali schreiten. Vom Curare hat er nicht viel Gutes gesehen. — Von äusseren Mitteln erfahren die Electricität und die Hydrotherapie eine kurze Erwähnung. Erstere hat Verf. bei postepileptischer motorischer (choreaartiger) Unruhe in Form der Galvanisation hier und da mit Erfolg angewandt, die Hydrotherapie nur in der Form feuchter Einpackungen bei prä- oder postepileptischer psychischer Erregung. Diätisch empfiehlt er blande, reizlose Kost, wenig Fleisch, Enthaltung von Kaffee, Thee und Alkoholicis.

Beim état de mal haben sich dem Verf. feuchte Einpackungen Eisbeutel auf den Kopf und sehr grossen (bis zum 3 fachen der gewöhnlichen Tagesdosis) Bromkalilösung — sei es per os, per anum oder subcutan — als nützlich erwiesen. Von Amylnitrit hat er gar keinen Erfolg gesehen und vom Chloroform nur in einem einzigen Falle. Gegen die drohende Herzinsuffizienz macht er energische subcutane Einspritzungen von Kampferöl (bis zu 50,0 pro die).

Der vierte Abschnitt ist der Behandlung der Epileptischen mit Beziehung auf das psychische Verhalten gewidmet. Bei der chronischen Alteration der ganzen Persönlichkeit — sei es mehr in intellektuellen oder in ethischer Hinsicht, — der mit der Zeit fast alle Epileptiker verfallen, und bei der Häufigkeit der akut bei ihnen auftretenden geistigen Störung muss dem Kranken schon frühe in der Jugend der Gedanke nahe gelegt werden, dass er voraussichtlich nur einen geringen Antheil an der Arbeit und dem Genuss des Lebens haben werde, dass ihm das Leben mehr Entsagungen auflegen wird als dem gesunden Menschen. Andererseits hat man aber auch die Pflicht, dem Kranken in den Stunden, wo das Gefühl der Krankheit tiefe Niedergeschlagenheit in ihm hervorruft, durch freundlichen Zuspruch Trost zu spenden. Hinsichtlich der Berufswahl ist von einer Laufbahn ab zu rathen, welche eine vollständige Absolvirung eines Gymnasiums oder gar Universitätsbildung erfordert. Bei den weiblichen Kranken braucht man wegen der Wahl des Berufes aus natürlichen Gründen viel weniger besorgt zu sein. Sehr schwierig ist die psychische Behandlung der jugendlichen Epileptischen; denn das Pflege- und Wartepersonal ist wie alle Laien nur zu leicht geneigt, alle Ausflüsse des epileptischen Charakters und der jeweiligen krankhaften

Stimmung als „Unart und Bosheit“ auf zu fassen. Hier ist eine beständige Belehrung und Unterweisung am Platze. Verf. plaidirt auf der anderen Seite übrigens keineswegs für ein laisser aller, sondern hält eine gewisse Disciplinirung der Kranken für nothwendig, soweit eine solche im humanen Sinne zulässig erscheint. Bei vorübergehender Verstimmung hat er Beschäftigung im Freien oft als sehr nützlich gefunden. Bei grosser Reizbarkeit und Neigung zu Thätlichkeiten beruhigt nichts mehr als rechtzeitige Isolirung. Unter Umständen sah Verf. auch Nutzen von mehrmals des Tages gegebenen kleinen Dosen Chloralhydrat. Reinhard (Hamburg).

---

358) **H. Savage** und **P. Smith**: Case in which hämaturia and appearances as of severe bruises occuried spontaneonsly in the course of an attack of maniacal excitement and in which after death there was found to be extensive internal hämorrhagic pachymeningitis. (Fall von Hämaturie und Erscheinungen schwerer Quetschung, die spontan im Verlaufe von maniakalischer Erregung auftraten. Nach dem Tode fand sich ausgedehnte Pachymeningitis int. hämorrh.)

(The journ. of ment. scienc. Jan. 1886.)

40jähriger Kaufmann, aus keiner Bluterfamilie, erkrankte am 11. Juli an acuter Manie. Am 19. entleerte er 240 Gr. Blut und Urin, später enthielt der Urin kein Blut mehr. Bei der Aufnahme hatte er zahlreiche Sugillationen, die weiterhin häufiger wurden; sie erschienen oft während der Nacht, traten symmetrisch auf und blassten nach einigen Stunden zu Bronzenfarbe ab. Zuerst glaubte man an Verletzungen, bis Flecken an Stellen sichtbar wurden, die diesen nicht ausgesetzt sein konnten. Pat. starb am 5. August. Bemerkenswerth ist, dass das Kniephänomen fehlte, sonstige Lähmungserscheinungen indessen nicht bestanden. Es fand sich bei der Section ausser Luxation der sonst normalen linken Niere eine gelatinöse, frische Blutcongula enthaltende Membran unter der Dura der Convexität, links mächtiger als rechts. Die Verf. betonen die Seltenheit der Pachym. häm. bei Manien. Ob diese das primäre sei, die Manie das secundäre, sei nicht zu entscheiden, der Membran müsse eine längere Dauer als eine Woche zugeschrieben werden. Woher das mit dem Urin entleerte Blut stammte, sei unklar. Matusch (Sachsenberg).

---

359) **H. Savage**: Clinical notes on hämorrhages in general paralysis. (Klinische Bemerkungen über die Hämorrhagien bei Paralyse.)

(The journ. of ment. science. Januar 1886.)

In wie weit Blutbeschaffenheit, Gefässerkrankungen und Nerveneinfluss die Bedingungen der Hämorrhagien bei Paralytikern abgeben. erklärt S. als unentschieden. Für eine abnorme Blutzusammensetzung spreche vielleicht der rasche Farbenwechsel der Blutaustritte. Er hat ausser dem oben beschriebenen noch zwei interessante Fälle von plötzlichem Bluthamen bei Paralytikern beobachtet, Kranken in vorgerücktem Stadium der Paralyse, die nach leichter Anschwellung der Vorhaut ca. 90 gr. Blut auf einmal und später längere Zeit Blut

tropfenweise entleerten. Sie kamen dadurch auch von Kräften und starben. Es bestanden dabei weder Strictur noch sonst Symptome von Nieren- und Blasenleiden. In einem Falle fänd sich mächtige Verdickung der Blasenschleimhaut und Verstopfung des Plexus vesico-prostat. durch einen anscheinend frischen Thrombus. Schliesslich erwähnt S. die purpuraähnlichen Ecchymosen in der Haut wie sie in dem oben referirten Falle auftraten. Matusch (Sachsenberg).

---

360) **Alex Patton**: Two cases of melancholy. (The journ. of ment. scienc. Jan. 1886.)

In beiden Fällen entwickelte sich die Melancholie nach Recto-vaginalruptur. Beide betrafen Frauen von 31 und 32 Jahren. Bei der ersten Genesung, bei der zweiten Uebergang in Blödsinn.

Matusch (Sachsenberg).

---

361) **Pritchard Davies** (Kent): Counterirritation in general paralysis. (Contrairritation bei Paralyse.) (The journ. of ment. sc. Jan. 1886.)

Verf. ist durch die Beobachtung günstiger Einwirkung eines Carbunkels im Nacken auf die Unruhe eines Paralytikers veranlasst worden, Hautreize bei jeder Paralyse in frühem Stadium anzuwenden, wie er glaubt mit gutem Erfolge. Matusch (Sachsenberg.

---

362) **McDowall**: An unusually heavy brain in a general paralytic. (Ein ungewöhnlich schweres Gehirn bei einem Paralytiker.) (The journ. of ment. scienc. Jan. 1886.)

Nach Abfluss von ca. 330 Gr. Flüssigkeit wog das Gehirn noch 1765 Gr. woraus M. das Gesammtgewicht auf 1995 Gr. berechnet.

Matusch (Sachsenberg).

---

363) **Pliny Earle** (Massach): The curability of insanity, a statistical study. (Die Heilbarkeit der Geistesstörungen, eine statistische Studie.) (Americ. journ. of Insanity October 1885.)

In 23 englischen Anstalten wurden zum ersten Mal nach weniger als 3 monatlicher Krankheitsdauer 8316 Kranke aufgegommen, 4051 geheilt, demnach fast 50%; nach 3—12 monatlicher Dauer 2613 Aufnahmen zu 764 Genesungen = 29%; zum zweiten Male und öfter aufgenommen und mit noch nicht 1 jähriger Krankheitsdauer 4768, genesen 2640 = 55%. Dagegen ergab sich aus einer Zusammenstellung von 19 amerikanischen Anstaltsberichten noch nicht 47% Genesungen unter den obigen Bedingungen und in 39 amerikanischen Anstalten betrug die Höhe sämmtlicher Heilungen im Vergleiche zu der Gesammtaufnahme noch nicht 30%. Wahrscheinlich wird in England ein Theil der Gebesserten als genesen bezeichnet. Earle glaubt aus seinen Ergebnissen schliessen zu müssen, dass die Genesungen im Verhältniss zu den Aufnahmen im Rückgange begriffen sind, vielleicht desshalb, weil überhaupt mehr chronische Fälle zur Aufnahme gelangen als früher.

Matusch (Sachsenberg).

---

364) **G. Riva**: La durata delle frenosi guaribili. (Die Dauer der heilbaren Geisteskrankheiten.) (Riv. sperim. di fren. XI. 4 fasc.)

Es kommen hier nur solche Psychosen in Betracht, welche zu den Psychoneurosen gehören, wobei also hereditäre Anlage und schwere Kinderkrankheiten als ätiologisches Moment gänzlich fehlen oder höchstens eine unbedeutende Nebenrolle spielen, Geistesstörungen die in Folge einer äusseren accidentellen Ursache entstanden, einen acuten oder subacuten Verlauf zeigen und häufig in Heilung ausgehen. — Die einzelnen Formen, die Riva bezüglich der Krankheitsdauer untersucht, sind Manie (122 Männer, 76 Weiber, 190 zusammen) Melancholie (59 M. 56 W. 115 z.) Dementia acuta (8 M. 11 W. 19 z.) und pellagröser Irrsinn (102 M. 97 W. 199 z.)

Für die Manie betrug das Heilungspercent 41 (46 M. 36 W.) für die Melancholie nur 24,5% (29,6 M. 20 W.). Von allen Heilungen fanden 83,24% im ersten Halbjahre der Krankheitsdauer, 14,5% im zweiten Halbjahre und nur 2,26% nach Ablauf eines Jahres statt.

Die malancholischen Formen heilen im Ganzen später (im Mittel 8—9 Monate) als die Aufregungszustände (im Mittel 3—4 Monate); die Heilungsdauer der Dementia acuta schwankt zwischen 2—6 Monaten, für den pellagrösen Irrsinn überschreitet sie im Mittel ein Wenig 3 Monate. Obersteiner (Wien).

---

365) **E. D. Bondurant** (Tuskaloosa): Two Cases of Oophorectomy for Insanity. (Ovariotomie wegen Geisteskrankheit.) (American. Journal of Insanity Januar 1886.)

In beiden Fällen wurde die Indication zu der Entfernung der Ovarien gefunden nur in der Verschlimmerung der krankhaften Symptome mit dem jedesmaligen Eintritt der Menses. Die Ovarien waren beidemale normal.

Der erste Fall betraf eine 39jährige hysterische Frau, welche zuerst vom Jahre 1871 bis Mitte 1873 an Psychose litt, dann nach 4jährigem Wohlbefinden im October 1877 wieder rückfällig wurde. Nach der im März 1879 vorgenommenen Ovariotomie verschwanden wohl die periodischen Aufregungszustände, jedoch blieb die Kranke abnorm, sehr reizbar und von Eifersuchtswahn beherrscht. Bei der zweiten unverheiratheten, ebenfalls 39jährigen Kranken, welche seit 6 Jahren an Folie raisonnante litt mit heftiger Verschlimmerung zur Zeit der menses, folgte auf die Operation wohl eine Besserung von einjähriger Dauer, dann aber verfiel die Kranke wieder in den früheren Zustand. Karrer (Klingenmünster).

IV. Aus den Vereinen.

I. Société anatomique zu Paris.

Sitzung vom 8. Januar 1886. (Le Progrès méd. Nro. 10. 1886.)

366) **Raymond**: Demonstration von Präparaten, die von einer 32 jährigen Frau herrühren. Dieselbe bot bei Lebzeiten die Erscheinung

der Dysphagie dar, war taub und hatte Selbstmordgedanken. Später trat zu diesem Symptomcomplex noch Abmagerung, Cachexie, Pulsbeschleunigung und Albuminurie hinzu. Keine Paralyse, wohl aber Hyperalgesie und eine leichte Parese des Facialis. Später traten Ecchymosen an den Beinen auf und Pat. ging an Marasmus zu Grunde. —

Bei der *Autopsie* finden sich im Pons zwei kleine rothe Herde, die Körnchenzellen und Crystalle enthielten. Der eine sass im Verlaufe der motorischen Fasern, der andere an der Vereinigung der Medulla oblong. mit dem Pons. Die Albuminurie und Dysphagie scheinen zu dem letzten Herde in Beziehung zu stehen; man hat den Verlust des Gedächtnisses und Cachexie bei Ponsläsionen beobachtet.

Rabow (Berlin).

II. Académie des Sciences zu Paris.

Sitzung vom 1. März 1886. (Le Progrès méd. Nro. 11, 1886.)

367) **Wertheimer**: *Experimente über die respiratorischen Centren des Rückenmarks.* Bisher ist allgemein angenommen worden, dass die respiratorischen Centren ausschliesslich in der Medulla oblongata localisirt seien. Brown-Séquard hat jedoch nachgewiesen, dass bei neugeborenen Säugethieren die Athmung die Abtragung des verlängerten Markes überdauern kann. Wertheimer hat diese Fortdauer sogar bei Erwachsenen Hunden erzielt. Nach ihm ist der Stillstand der Respiration nach der Operation ausschliesslich dem momentanen Unvermögen des Rückenmarks, einer Folgeerscheinung der Verletzung, zuzuschreiben. Um die Athmung wieder auftreten zu sehen, genügt es daher, zu warten, bis die spinalen Centren ihre Thätigkeit wieder aufgenommen haben und bis zu diesem Moment die Einblasung von Luft in die Lungen vorzunehmen. Die Wiederkehr der Respiration kann 4 bis 5, mitunter aber auch 1 bis 2 Stunden auf sich warten lassen.

Im Rückenmark existiren also Nervencentren, die zur Exspiration und zur Inspiration in Beziehung stehen. Die Rückkehr der spontanen Respiration — selbst während der Einblasung in die Lungen — zeigt, dass das sich überlassene Rückenmark den Respirationsmuskeln rhytmische Impulse zuschickt, ohne dass es der Reizung durch irgend eine Excitans bedarf. Andererseits beweisen die Charactere, die die Athembewegungen annehmen, wenn die Med. oblong. ihren Einfluss nicht mehr ausübt, dass dieselbe den Rückenmarkscentren als Moderator und Regulator dient und dass ihre Rolle bei der Respiration wie bei der Circulation identisch ist.

Rabow (Berlin).

III. Manchester Medical Society.

Sitzung vom 3. Febr. 1886. (The Britisch Medic. Journ. 27. Febr. 1886.)

368) **Coates**: *Case of Diabetes insipidus.* (Specific. cerebral disease.) Ein Mann erkrankte vor 5 Jahren nach einer langdauernden Gonorrhoe (angeblich keine Syphylis) an Diabet. mellit. (specif. Gewicht des Urins 1002), heftigem Kopfschmerz, Erbrechen, Abnahme der Sehkraft (intensive Defecte des linken Gesichtsfeldes negativer ophthalmosco-

pischer Befund). Man nahm eine specifische Gehirnerkrankung an und heilte den Kranken innerhalb 4 Monaten vollständig durch Inunctionscur und Jodkalium. Voigt (Oeynhausen).

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Klingenmünster, II. Assistenzarzt, sofort, 1200 M. und freie Station. 2) Dalldorf, Volontairarzt, sofort, 600 M. und fr. Stat. 3) Bonn (Prov. Irren-Anstalt), Volontairarzt, 1. Juli, 600 M. und freie Station. 4) Roda (Sachs.-Altenburg), Assistenzarzt, sofort, 1000 M. und freie Station. 5) Nietleben (bei Halle a. S.), Volontaiarzt, 1200 M. und freie Station. 6) Heidelberg (Psych. Klinik), Assistenzarzt, sofort, 900 M. und freie Station. 7) Saargemünd, Assistenzarzt, sofort, 1000 M. und freie Station.

VI. Correspondenz der Redaction.

Herrn Dr. X. in F. „Ist es erlaubt, dass der Schriftführer eines Vereins, dem von den Rednern die Manuscripte der gehaltenen Vorträge für den officiellen, in einem von dem Verein bestimmten Fachblatt zu publicirenden Vereinsbericht übergeben worden sind, diese Manuscripte benutzt, um *vor* dem officiellen Bericht einen *Privatbericht* für ein *anderes* Blatt zu schreiben"?

Wir halten das weder für erlaubt, noch für anständig. Die Manuscripte sind dem Schriftführer nicht zu beliebigem privatem Gebrauche, sondern lediglich für den einen Zweck der officiellen, ihm quasi amtlich auferlegten Berichterstattung übergeben. Schreibt er, im Besitze der Manuscripte, einen Privatbericht, so benutzt er widerrechtlich fremdes Eigenthum; er macht sich wenigstens solcher widerrechtlichen Benutzung verdächtig. Nicht anständig ist das Verfahren, weil der Privatbericht zeitlich vor dem officiellen Bericht erscheint. Darin liegt eine Geringschätzung seiner Vertrauensstellung und mithin des Vereins, deren sich der Schriftführer nicht schuldig machen dürfte. Sie haben also sowohl als Vortragender als auch als Vereinsmitglied ein Recht zum Protest, wenn Ihr Manuscript in der geschilderten Weise zu privaten Zwecken ausgebeutet worden ist; Sie werden nur gut thun künftig von vornherein gegen einen derartigen Missbrauch sich zu verwahren. Redaction.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

9. Jahrg. | 1. Juli 1886. | Nro. 13.

Inhalt.

I. Originalien.

Ein Fall von Hyperidrosis unilateralis.

Von Dr. med. J. FRIEDLAENDER,

Assistenzarzt der Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt in Bendorf am Rhein.

Habituelle Schweissabsonderungen excessiver Art, die nicht den ganzen Körper betreffen, sondern sich ohne Dazwischentreten local

wirkender äusserer Ursachen auf mehr oder minder kleine Hautbezirke beschränken, sind bei Kranken wie Gesunden weder ein selten beobachtetes Phänomen, noch von hervorragendem semiotischen oder selbstständigen Interesse. Praedilectionsstellen für eine solche Ephidrosis (Hyperdrosis) localis s. partialis, die wie Foot[1]) betont, häufig auf reflectorischem Wege vom Darmcanal aus entsteht, sind, wie bekannt, der Handteller, die Fusssohle, Achselhöhle, Genitalfalten, Afterkerbe und Damm. So berichtet Hildebrand[2]) von 2 Soldaten, die erst an sehr profusen Fussschweissen und nach deren Unterdrückung wenige Tage später an einer auffallend starken ca. eine Stunde nach Märschen auftretenden Schweissabsonderung an den Händen bei sonst wenig oder gar nicht schwitzender Haut litten. Lange[3]) wurde von einem 33 jährigen Manne wegen einer unaufhörlichen brennenden Empfindung und Schweissbildung in der linken Hand consultirt und Dévergie[4]) erzählt sogar von einem jungen Manne, der an einem so überaus lästigen Handschweisse litt, dass er allmählich aus der Gesellschaft isolirt und bis zum Selbstmorde getrieben wurde. Einen Fall von abnormer Schweisssecretion an der rechten Hand und Rückseite des rechten Unterarms täglich zur selben Zeit, nachdem ein Gefühl von Hitze und Kälte vorausgegangen, heilte Chrestien[5]), und Dally[6]) kannte einen sehr gesunden und robusten Universitätsprofessor, bei dem die Affection eine congenitale war. Selbst erbliches Auftreten des Leidens beobachtete Ollvier[7]) an einem 21 jährigen Manne, der an einer profusen dauernden Schweisssecretion am rechten Augenlid, Wange und Oberlippenhälfte litt, einer Anomalie, die schon sein Grossvater gezeigt hatte und die auch seiner Schwester und deren 3 Kindern von Geburt an eigenthümlich war. Auch Graefe sah circumscripte scharf abgegrenzte Schweisseruptionen an den Augenlidern, Rouger und Verneuil[8]) beschrieben dieselbe Erscheinung in der Gegend der Parotis, stets bei Kaubewegungen eintretend, ähnliches Barthez, Brown-Séquard, Bérard und Andere. Weit seltner in der Literatur beschrieben, als diese Anomalie und weit interessanter in ihrer Aetiologie und in ihren Begleiterscheinungen ist aber für uns eine andere in ganz typischer Form auftretende pathologische Abweichung der Schweisssecretion: die Hyperidrosis unilateralis (Ephidrosis u. Hemidiaphoresis). Diese characteristische Affection, welcher man erst in neuerer Zeit Aufmerksamkeit zu schenken begann, tritt entweder als Theilerscheinung, als secundäres, mitunter nur vorübergehendes Nebensymptom eines umfänglicheren Symptomencomplexes auf, oder als alleiniges, selbständiges, wenigstens im Vordergrund stehendes Leiden bei sonst anscheinend ganz gesunden, normal beschaffenen Menschen. In die erste Kategorie gehören folgende Fälle: Nitzelnadel[9]), von dem die ersten Beobachtungen der uns hier beschäftigenden Abnormität stammen, berichtet von einem 47 jährigen Patienten, bei dem das vollkommene Bild des morbus Basedowii bestand, dass seine linke Gesichtshälfte allein stark schwitze. Auch im Verlaufe des Diabetes mellitus, wo sonst weit häufiger Anidrosis beobachtet wird, sah Nitzelnadel[10]) bei einem 30 jährigen Mann vorzüglich auf der linken Seite des Gesichts ganz plötz-

lich und profus auftretende stark zuckerhaltige Schweisse. Ebenso berichtet Külz[11]) von einem 49 jährigen Diabetiker, dass er an rechtsseitiger Hyperidrosis gelitten habe. Mitunter findet sich auch das Phänomen bei Affectionen des Centralnervensystems im weitesten Sinne: so lesen wir bei Mickle[12]) die Krankengeschichten von drei Paralytikern im Alter von 20—40 Jahren; bei dem einen bestanden jahrelange ausschliesslich rechtsseitige Gesichtsschweisse, bei den andern nur vorübergehend, einige Wochen andauernd, im Gefolge von Lähmung einer Gesichtshälfte. Meschede[13]) erzählt von einem 40 Jahr alten, an temporärem Blödsinn leidenden unverheiratheten Kürschnergesellen, dass er bei völligstem, lethargieähnlichem Ruhezustand des Körpers und Geistes auf der einen Seite des Gesichtes stark schwitzte und ebenso sah Wiedemeister[14]) bei einem 20 jährigen geisteskranken Schneider unter dem linken Augenlid beginnende, auf die linke Wange, Stirn- und behaarte Kopfhälfte, bisweilen leicht über die Mittellinie hinübergreifende Schweisseruptionen, die schon durch ein lebhaftes Gespräch hervorgebracht wurden. Derselbe geringe Anlass genügte bei einem Kranken von Witkowsky[15]) um einen scharf abgegrenzten perlenden Schweiss zu erzeugen. Durch Morselli[16]) wurde bei einer 55 jährigen Frau, welche an den Folgen einer Gehirnaffection (Glioma in der vorderen Partie der linken Hemisphäre) zu Grunde ging, während des Lebens unter anderem die auffallende Erscheinung beobachtet, dass die rechte Gesichtshälfte im Gegensatz zu der abnorm blassen linken stark geröthet, voll und von Schweiss bedeckt erschien. Auch bei Hemiplegien tritt — neben Anidrosis — diese Abnormität der Schweisssecretion auf — man kann dann wohl an Rindenapoplexien denken: Sydney, Ringer und J. S. Bury[17]) sahen 2 hemiplegische Patienten, die auf der kranken Seite fortwährenden profusen Schweiss zeigten, ebenso beobachteten Messedaglia und Lombroso[18]) an einem früher epileptischen, später hemiplegischen jungen Mann eine Ephidrosis „paralytica“ sinistra, und Chevalier[19]) spricht auf Grund einer ähnlichen Erfahrung sogar von „hémiplégies sudorales“. Auch eine Complication der Tabes dorsalis mit Hyperhidrosis unilateralis findet sich in der Literatur erwähnt. Nitzelnadel[20]) berichtet von einem 36 jährigen Tabiker, dass bei ihm die Schweisssecretion vorzugsweise, wenn auch nicht ausschliesslich auf die linke Körperhälfte beschränkt, namentlich in der linken Gesichtshälfte sehr profus war, während die rechte trocken blieb, und ebenso sah Remak[21]) bei einem Ataktischen denselben Process in exquisitester Weise unmittelbar nach Genuss saurer Speisen eintreten. Auch ein Fall von Botkin[22]), obwohl er streng genommen nicht hierher gehört, sei erwähnt, in welchem sich nach einer eitrigen Parotitis auf der entsprechenden Seite Ephidrose und Temperaturerhöhung neben verstärkter Pulsation der Schläfen- und Wangenarterie einstellte. Beiläufig auch eine Notiz von Möllendorf[23]) dem häufig bei Hemicranien eine Ephidrosis der kranken Seite „auf Stirn und Wangengegend hier und da gruppenweise einige Schweisstropfen“ auffiel, und eine Bemerkung von Benedict[24]) der auf einen Fall von Hypertrophie der rechten Schultermuskulatur mit gleichseitiger starker Röthung und Transpiration des Gesichts aufmerksam macht.

Von dieser nicht gerade reichen Casuistik von Beobachtungen, in welcher die Hyperidrosis unilateralis neben wesentlichen destructiven Krankheitszuständen eine nur untergeordnete, accidentelle Rolle spielt, lassen sich als eine zweite, für uns wichtigere Kategorie solche Fälle trennen, in welchen sich die interessante Anomalie als unabhängiges, primäres Leiden präsentirt. So berichtet Berger[25]) von einem sonst gesunden 28 jährigen Tuchmacher, dass sich bei ihm, bei den geringsten Anstrengungen selbst im Winter im kalten Zimmer fast immer auch beim Essen die linke Seite des Gesichtes, Kopfes und Halses mit dichtem genau in der Mittellinie sich abgrenzenden Schweiss bedeckte. Derselbe war auf Stirn und Wange am reichlichsten, trat immer mit einem Kältegefühl auf und ergänzte sich etwa eine halbe Stunde lang trotz mehrfachen Abwischens immer wieder sofort. Auch Ollivier's[26]) schon Eingangs erwähnte Beobachtung von Hyperidrosis characterisirt sich als eine ausgesprochene Hemidiaphoresis. Dagegen sind Fälle, wie die von Brunner's[27]) epileptischer Jüdin, die stets eine kalte, völlig trockene linke Gesichtshälfte zeigte, und von Séguin[28]), dessen Patientin eine Reihe von Jahren niemals auf der rechten Seite des Gesichtes und Halses schwitzte, selbst wenn die linke Seite in Schweiss gebadet war und andere Körpertheile gleichfalls schwitzten, wohl richtiger als *partielle* Anidrosis zu deuten. 30 jähriges Bestehen einer Hyperidrosis unilateralis, deren Ursprung auf eine überstandene fieberhafte Krankheit (?) zurückgeführt wurde, sah Pokroffsky[29]). Zuverlässige hierhergehörige Beobachtungen sind weiter die von Dow[30]), Apolant[31]) an einem 20 jährigen sonst gesunden Dienstmädchen, von Guttmann[32]) denen eine ausführliche Krankengeschichte hinzugefügt ist, während der Fall von Fränkel[33]) in unserem Sinne nicht als rein anzusehen ist, da er durch Syphilis, asthmatische Erscheinungen und Struma complicirt war. Drei werthvolle Beiträge liefert dagegen zu unserer Casuistik Noll[34]) aus Heusinger's Klinik in Marburg. Bei einem seiner Patienten knüpfte sich das Leiden an eine bösartige, in Griechenland acquirirte Intermittens, bei dem andern hatte es eine auffallende Abnahme der Kräfte und Wohlbeleibtheit, bei dem dritten eine chronische Anidrosis des ganzen übrigen Körpers zur Folge. Auf eine ganze Körperseite erstreckte sich die Affection bei einer von Dr. Eisenmann[35]) in Oberhaus behandelten 20 jährigen verheiratheten Dame. Gleichzeitige mit colliquativem Schweiss auftretende und wieder verschwindende Anschwellung der betroffenen Gesichtshälfte beobachtete Chwostek[36]). Endlich ist noch der von Nitzelnadel[37]), auch bei Eulenburg und Guttmann[38]) erwähnte Fall als typisch in der Casuistik der Hyperidrosis unilateralis zu referiren.

Gegenüber dieser beschränkten Zahl der bisher in der Literatur niedergelegten, und in unserer Skizze zusammengestellten Beobachtungen von Hyperidrosis unilateralis, die sich meist als äusserst aphoristische Mittheilungen darstellen, dürfte es nicht unangemessen sein, einen einschlägigen Fall im Folgenden mitzutheilen und einer eingehenderen Besprechung zu unterziehen.

Anamnese. Frau J. W. aus B., 48 Jahre alt, hereditär in keiner

Weise belastet, hat sich als Kind normal entwickelt, und ausser einer Intermittens, bisher keine schwerere Erkrankung durchgemacht. Seit der Pubertätszeit hat sie viel an Kopfschmerzen gelitten, die stets die linke Kopfhälfte und zwar den Hinterkopf betrafen. Mit 35 Jahren verheirathete sie sich und ist Mutter von 4 gesunden Kindern. Die erwähnten Kopfschmerzen haben sie auch seit der Zeit ihrer Ehe nicht verlassen. Etwa im Alter von 42 Jahren wurde die sehr gesunde und robuste Frau, ohne dass eine Erkältung, ein Diätfehler, eine plötzliche Gemüthsbewegung oder dergleichen eine Veranlassung geboten hätte, von folgender auffallender Erscheinung betroffen: An einem nicht gerade warmen Herbsttage war sie, wie häufig, an der Nähmaschine beschäftigt, eine Thätigkeit, die sie sonst nie im geringsten echauffirt hatte, als sie ein plötzliches Hitzegefühl im Körper und einen momentanen Druck im Kopf und zwar in der rechten Stirnhälfte empfand. Gleich darauf fühlte sie daselbst ein Kribbeln, wie Ameisenlaufen, eine Hitze im rechten Auge, so dass die Brille, der sie sich beim Nähen bediente, anlief, und nun brach fast auf der ganzen rechten Kopfhälfte unter lokalem Kältegefühl ein profuser, dicke Tropfen bildender Schweiss aus. Derselbe nahm seinen Anfang unter dem rechten Auge, erstreckte sich von da über die rechte Schläfe und Stirnhälfte nach der behaarten rechten Kopfhälfte, in der Mitte genau mit dem Scheitel abschneidend, und hinter dem rechten Ohre herab bis zur Grenze zwischen Nacken und behaartem Schädel. Die überraschte Frau suchte die lästige Erscheinung durch Abwischen zu beseitigen, indessen kaum war dies geschehen, so triefte auch schon wieder die ganze afficirte Hautpartie von demselben kalten Schweiss, der in dichten Perlen herunterrann. Dieses Abwischen und regelmässige Wiederhervorquellen des Schweisses wiederholte sich etwa 10—15 Minuten lang, „es war, so schildert ungefähr die recht intelligente Frau, wie wenn ein Gefäss, das eine bestimmte Menge von Flüssigkeit enthält, erst ganz hätte entleert werden müssen". Ein Anschwellen der betroffenen Gesichtshälfte trat dabei nicht ein. Der ganze übrige Körper, ausser den beschriebenen Partieen, blieb während des Anfalles absolut frei von Schweiss, trocken und kühl, wie sonst. Uebrigens liess der ganze Insult keine körperliche Mattigkeit, keinen Durst, keinen Urindrang, noch auch, wie sonst wohl copiöse Schweissabsonderungen, ein Gefühl angenehmer Erleichterung zurück. Solche Anfälle, von ganz demselben sonderbaren Typus, demselben Kribbeln und Druck- niemals jedoch Schwindelgefühl im Kopfe als Vorboten, derselben sofortigen Wiederergänzung des eben weggewischten Schweisses, von derselben etwa viertelstündlichen Dauer wiederholten sich nun sehr häufig, mitunter täglich, ohne greifbare Ursachen. Die Schweisse traten meist ganz unvorhergesehen, völlig unabhängig von äusseren Einflüssen der Temperatur und Jahreszeit ein, ebenso oft während, wie ausserhalb der Zeit der Periode, Schwangerschaft oder Lactation, meist bei ganz ruhigem Sitzen, Stehen oder Liegen. So erwachte die Frau mitunter des Nachts und fand ihre ganze rechte Gesichts- und Kopfhälfte, nicht selten auch den entsprechenden Theil des Halses und Nackens, wie im Schweiss gebadet. Die Thätigkeit

des Kauens brachte den Schweiss niemals hervor, ebensowenig der Genuss von pikanten Speisen, wie Häringssalat, Mostricht oder sauren Kartoffeln; alkoholische Getränke nimmt die Frau überhaupt nicht zu sich. Mit ganz unfehlbarer Sicherheit und mit der grössten Intensität trat natürlich das Phänomen bei jeder körperlichen Anstrengung, wie beim Waschen, Scheuren, ja bei blossem wiederholtem Bücken ein. Dabei beschränkte sich aber jetzt die Schweisssecretion des ganzen Organismus einzig und allein auf die bezeichneten Hautbezirke, alle übrigen Stellen des Körpers selbst die Achselhöhlen, Hohlhand, Fusssohlen, zeigten, seit diese Anfälle bestanden, selbst bei der höchsten Temperatur, bei den echauffirendsten Beschäftigungen, wie zum Beispiel beim Tanzen, trotz des grössten allgemeinen und lokalen Hitzgefühles auch nicht mehr einen Tropfen Schweiss. Nicht selten entstand auch das lästige Kribbeln und drückende Gefühl im Kopf, das sonst stets den Vorboten eines Anfalles bildete, ohne dass es zu einer Schweisseruption kam. Diesen unbehaglichen Zustand pflegte dann die Frau dadurch zu beenden, dass sie durch Halten der Hände in heisses Wasser, durch Trinken von warmem Thee, oder dergleichen, den wie sie sich ausdrückt „verhaltenen" oder „zurückgetretenen" Schweiss „heraustreibt". Eine Störung im Allgemeinbefinden, in Appetit, Stuhlgang, Schlaf, besonders auch Urinabsonderung, weder während des Insults noch in den Intervallen, war nie damit verbunden. Nicht selten, schon nach geringen Anstrengungen trat leichtes Herzklopfen auf. Eine grössere Schwäche der rechten Gesichtshälfte gegenüber Erkältungen resultirte nicht aus dem Uebel. Ebenso haben Auge, Ohr, Hautsensibilität wie Geschmacksempfindung und Speichelsecretion der betroffenen Seite subjectiv in keiner Weise gelitten; nachträglich sei hier noch bemerkt, dass die Frau normalsichtig ist und niemals ein Augenleiden durchgemacht hat. Dagegen ist der lästige Druck im Kopfe, der sonst nur einem jeden Anfalle voranzugehen pflegte, allmählich einer beständigen Empfindung von Leere, einem dumpfen und tauben Gefühle im Kopfe gewischen. Steifheit im Genick oder Schmerzhaftigkeit daselbst auf Druck wurde nie bemerkt. Hingegen macht die Frau, die sich selbst sehr genau und gut beobachtet, selbst darauf aufmerksam, dass ihr nicht eben reichliches Haar auf der rechten Kopfhälfte seit der Zeit der Anfälle wesentlich dünner geworden sei. Ein Abmagern der rechten Gesichtshälfte, gegenüber der linken hat nicht stattgefunden.

Status praesens. Grosse, kräftig gebaute, corpulente Frau in mittlerem Lebensalter von gesundem Teint und heiterem, gutmüthigem Gesichtsausdruck. Sie ist von dem etwa einviertelstündlichen Wege trotz kühler Aussentemperatur stark echauffirt und klagt über heftiges Herzklopfen, obwohl sie zwei nicht steile Treppen langsam gestiegen. Schon bei flüchtiger Betrachtung fällt sofort auf, dass die ganze rechte Gesichtshälfte mit einer Menge grosser, klarer Tropfen eines profusen Schweisses bedeckt ist, der sich trotz wiederholten Abwischens jedesmal sofort wieder ergänzt. Dieser Schweiss erstreckt sich, genau mit der Medianlinie, des Gesichts resp. Schädels abschneidend über die Stirn, wo er am copiösesten erscheint, über das rechte Auge, Schläfe, Wange,

die rechte Seite der Nase, des Halses, des behaarten Kopfes und Nackens, wo er schwächer auftritt, herab. Auf der rechten Brust vereinzelte grosse Schweisstropfen. Der ganze übrige Körper, selbst die Achselhöhlen, Hände, Füsse, zeigt keine Spur von Schweiss, sondern eine völlig trockne, kühle, blasse Haut. Entsprechend der beschriebnen Ausdehnung des Schweisses ist die rechte Gesichtshälfte und vorzugsweise auch das rechte Ohr lebhaft, wie sonst nur etwa entzündete Theile, und diffus geröthet, so dass trotz der constant blühenden Gesichtsfarbe der Patientin ein deutlicher Farbenunterschied zu Gunsten der erkrankten Kopfhälfte wahrnehmbar ist. Diese intensive Röthe verschwindet auf Druck an betreffender Stelle sofort, um mit Nachlass desselben auch ebensoschnell wieder zum Vorschein zu kommen. Dementsprechend ist die Hauttemperatur der rechten Gesichtshälfte, ganz besonders auch des rechten Ohres, durchweg deutlich — um einige Decigrade — erhöht gegenüber der linken, was sowohl subjectiv durch das Gefühl, wie objectiv durch Messung mit dem Thermometer vom rechten äusseren Gehörgang aus constatirbar ist. Nur für die Mundhöhle trifft dies nicht zu. Eine pathologische Veränderung in der Sensibilität der afficirten Hautfläche, eine Abnahme des Tastsinnes oder umgekehrt eine cutane Hyperalgesie ist in Gesicht und Hals nicht vorhanden. Ebenso sind Gehörs- und Geschmacksinn beiderseits intact, die Sprache leicht, deutlich, fliessend. Der Turgor der Haut ist auf der rechten Wange leicht verstärkt. Die beiden Gesichtshälften sind übrigens völlig symmetrisch, zeigen keinen Unterschied in der Motilität der mimischen Gesichtsmuskeln, die natürlichen Gesichtsfalten sind beiderseits gleich stark ausgeprägt. Tonus und Elasticität der Haut sind rechts, sowie links, normal, kleinere Hautaffectionen wie Acnepusteln, erythematöser Ausschlag oder dergleichen, sind nicht vorhanden, die Lanugohärchen nirgends ausgefallen. Das Haupthaar ist in der rechten Scheitelgegend etwas dünner, nirgends ergraut. Die Schläfenarterien erscheinen ohne Unterschied, von gleichem Durchmesser, normaler Beschaffenheit, Augenbrauen und Wimpern sind rechts nicht dünner, als links. Die Conjunctiva des rechten Auges ist leicht geröthet durch geringe Injection der episcleralen Gefässe. Ein Thränen des Auges ist nicht damit verbunden. Die Lidspalte des rechten Auges ist nicht deutlich enger, als die des linken, doch schien dies bei wiederholten Untersuchungen zu wechseln, das obere Lid wird beiderseits ohne Mühe bis über den oberen Hornhautrand erhoben. Retraction oder Tensionsabnahme des bulbus ist an keinem der beiden Augen bemerkbar. Die Form der Pupille ist beiderseits kreisrund. Beide reagiren sehr exact auf Accomodation wie auf Lichtreiz, indem eine sehr rasch vor sich gehende synchrone Verengerung beider erfolgt, indessen besteht doch zur Zeit der Anfälle eine entschiedene Differenz in der Weite, indem dann die rechte Pupille etwas weiter ist, als die linke, was besonders bei Beschattung des Auges deutlich hervortritt. Das Sehvermögen ist beiderseits normal. Die Lippenschleimhaut nicht auffallend geröthet. Die Zunge wird gerade herausgestreckt. Der Speichel fliesst nicht reichlicher, als normal, hat weder

zähe Beschaffenheit, noch widerlichen Geschmack. Eine Schmerzhaftigkeit resp. Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule in der Gegend der untersten Halswirbel, entsprechend der Lage des rechten Ganglion cervicale supremum des Hals-Sympathicus besteht nicht, auch erfolgt bei dem Druck keine Veränderungen in der Pupillenweite. Die Schilddrüsse ist nicht vergrössert, der Percussionsschall über den Lungen ist normal, durchweg vesiculäres Athmen, pro Minute ca. 20 Respirationen. Das von der Patientin angegebene Herzklopfen ist auch objectiv wahrnehmbar. Der Herzstoss ist diffus, stark, mässig frequent (80 Schläge pro Minute). Die Herzdämpfung ist nicht abnorm verbreitet. Die Herztöne sind rein, klappend, kein Ton verstärkt. Der Radialpuls ist während der Anfälle mitunter deutlich unregelmässig, von der Athmung nicht wesentlich beeinträchtigt. Die rechte Arteria radialis fühlt sich dabei sehr häufig, so oft die Unregelmässigkeit des Pulses zu beobachten ist, enger an als die linke. Sonst machen sie für die Palpation den Eindruck gleicher Weite. Was die Pulsanomalie betrifft, so besteht ihr Wesen darin, dass der Puls bisweilen aussetzt, häufig aber in dem Sinne abnorm verändert ist, dass kleinere und grössere Pulswellen ganz regellos aufeinanderfolgen. Die rechte Arteria carotis, die nicht abnorm stark pulsirt, scheint bisweilen etwas enger zu sein, als die linke, was jedoch vielleicht eine rein anatomische Erklärung in der tieferen Lage derselben gegenüber der letztern finden dürfte. Die Untersuchung des aufgefangenen Schweisses ergiebt, dass derselbe sauer reagirt, völlig geruchlos, von salzigem Geschmack und frei von irgendwelchen abnormen Bestandtheilen Eiweiss, Zucker etc. ist. Das Allgemeinbefinden der Patientin, Appetit und Schlaf ist sehr gut, Stuhlgang und Periode regelmässig. Der Urin ist frei von Eiweiss, Zucker oder sonstigen Abnormitäten, von mittlerer Concentration, seine Menge während und unmittelbar nach den Schweisseruptionen weder vermehrt, noch vermindert.

(Schluss folgt.)

II. Original-Vereinsberichte.

Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 10. April 1886.

369) **B. Szekács:** *Ein Fall von Hemichorea.*

Bei einem 15 jährigen Mädchen, welches am 21. März l. J. erkrankte und am 30. auf die Klinik des Prof. Wagner aufgenommen wurde, beobachtete Vortr. kleine Bewegungen in den Fingern und im Handgelenke der linken Oberextremität. Status praesens: Die Herzdämpfung beginnt in der Höhe der dritten Rippe und erstreckt sich bis zur rechten Parasternallinie. An der Herzspitze systolisches Geräusch, der zweite Ton der Pulmonalis ist verstärkt.

Vortr. weist auf Grund mehrfacher Beobachtungen darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen Chorea und Endocarditis öfter nachweisbar ist.

370) **J. Ötvös:** *Ein Fall von clonischen Krämpfen in den Mm. recti abdominis.*

Eine 27 jährige Frau wurde vor 5 Wochen durch eine krampfhafte Zusammenziehung im Bauche aus ihrem Schlafe erweckt. Die Zusammenziehung bestand beim Liegen, Stehen und Sitzen fort. Von Zeit zu Zeit krümmt sie sich zuckungsweise nach vorne. Während der Arbeit und im Schlafe tritt Pause ein. Die auf die Bauchwand gelegte Hand fühlt nach rechts und links von der Linea alba zwei lange gerade harte Wülste. Therapie: Galvan. Strom, Anode auf den letzten Rücken- und ersten Lendenwirbel, Kathode auf die Magengegend. Theilweise werden auch Volta'sche Alternativen angewendet.

Moravcsik (Budapest).

III. Referate und Kritiken.

371) **F. Hutyra:** Ueber einen Fall von centralem Sarkom des Rückenmarkes. (Budapest. Orvosi Hetilap. 1885. Nro. 45, 46, 47, 48.)

Bei einem 26 jährigen Manne traten nach einem Sturze vom Pferde heftige Schmerzen der Lumbal-Wirbelsäule entlang, sowie in der unteren Bauchgegend auf, zu denen sich später Paralyse der Blase und beider unteren Extremitäten gesellte. Nach 8 Monaten wurde Hyperästhesie der gelähmten Theile, sowie nach vorhergangenen klonischen Krämpfen Schwäche der oberen Extremitäten constatirt. Die Section wies eine centrale sehr weiche, stellenweise beinahe fluctuirende cylindrische Geschwulst des Hals- und oberen Dorsalsegmentes des Rückenmarkes nach, die von der nach der Peripherie gedrängten, grösstentheils degenerirten grauen und weissen Marksubstanz mantelförmig umgeben war. Das Rückenmark war demzufolge enorm geschwellt, sein dickster Theil hatte einen Querdurchmesser von 25 mm. Im Innern der Geschwulst, sowie unterhalb derselben in der Umgebung des Centralkanals, dessen Ependymalneuroglia bis in den Lumbaltheil merklich verdickt war, befanden sich zahlreiche unregelmässige Erweichungshöhlen: Bei der mikroskopischen Untersuchung erwies sich die Geschwuslt als ein *Sarcoma fusocellulare telangiectodes*, indem es zum grössten Theile aus in verschiedenen Richtungen verlaufenden, geschweiften Spindelzellenbündeln bestand, die sich aller Wahrscheinlichkeit nach aus der Wand junger Gefässe entwickelten.

Verf. leitet die Geschwulst aus einer atypischen Wucherung des den centralen Rückenmarkskanal in breiter Lage umgebenden Neurogliagewebes, resp. dessen Gefässe ab und glaubt eine anatomisch nachgewiesene Disposition des Individuums in dem Umstande annehmen zu dürfen, dass das verlängerte Mark und die Brücke bei Wahrung der

normalen Struktur erheblich vergrössert war. Die Vergrösserung beruht hauptsächlich auf einer hochgradigen Entwicklung des interstitiellen Neurogliagewebes, doch weist Verf. auf Grund zahlreicher Messungen nach, dass auch die Nervenzellen der Ganglien genannter Abschnitte durchgehend grösser als normal sind. Die nächste Ursache der circumscripten atypischen Wucherung des Neurogliagewebes und jener Umwandlung in Sarkomgewebe, bleibt freilich auch in diesem Falle dunkel, der Sturz vom Pferde mag nur das raschere Fortschreiten der Entwickelung der schon bestehenden Geschwulst bewirkt haben. Centrale Spindelzellensarkome des Rückenmarks sind äusserst selten und der vorliegende Fall scheint der erste zu sein, der histologisch genau untersucht wurde. Moravcsik (Budapest).

---

372) **Bruns** (Halle a. S.): Ueber Tumoren des Balkens.
(Berl. Klin. Wochenschr. 1886. Nro. 21 und 22.)

Beim Schlusse dieser für die topische Diagnostik der Hirnafektionen sehr bemerkenswerthen Arbeit kommt B. zu dem Resultate, dass Tumoren des Balkens eine bestimmte Symtomengruppe erzeugen, aus deren Anwesenheit man mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf deren Vorhandensein schliessen kann; man darf dabei jedoch nicht ausser Acht lassen, dass einerseits auch manche andere Affectionen (Tumoren des Stirnhirns, multiple Tumoren) ähnliche Erscheinungen machen können und andrerseits durch Balken-Tumoren auch noch anliegende Gehirnpartien in Mitleidenschaft gezogen und so die Symptome anders gruppirt werden können.

Die betreffenden Symtome sind nach B. folgende. 1. Erscheinungen eines organischen Hirnleidens mit langsamem und stetigem Zunehmen desselben. 2. Eintreten von hemiparetischen und namentlich paraparetischen Erscheinungen. 3. Hochgradiger Blödsinn, der im Gegensatze steht zu dem Fehlen oder geringen Vorhandensein von allgemeinen Tumorerscheinungen (Kopfschmerz, Erbrechen, Convulsionen, Stauungspapille und 4. Fehlen von Erscheinungen, die auf eine andere Lokalisation des Leidens hinweisen.

B. gründet diese diagnostischen Anforderungen auf die Vergleichung und Würdigung der Symptome, welche in 9 Fällen von Balken-Tumoren bestanden haben. 7 Fälle davon sind bereits in der Literatur niedergelegt — 3 von Gläser (ref. i. d. Centralbl. 1884 pag. 179) und 4 von Bristowe (ref. i. d. Centralbl. 1885 pag. 127) zu denen B. noch 2 neu beobachtete hinzufügt. Ein in der Provinzialanstalt Nietleben beobachteter Fall, den B. ebenfalls veröffentlicht, ist nicht für die Diagnostik verwerthet worden, weil sich bei demselben ausser einem kleinen Tumor im Balken eine grössere Anzahl voluminöser Tumoren des Stirnhirns vorfanden.

Bezüglich der eingehenden Krankengeschichte und deren Epikrise muss auf das Orginal verwiesen werden.

Bastelberger (Eichberg).

---

373) **Popow**: Fall von Hämorrhagia medullae spinalis.

(Referat in der Union médicale Nro. 25. 1886.)

Ein Kutscher von 25 Jahren empfand einen heftigen Schmerz in der Länge der Wirbelsäule, fiel vom Wagen, konnte sich nicht erheben, alle vier Extremitäten waren gelähmt. Man constatirte Abwesenheit der tactilen und der Schmerzempfindlichkeit bei Erhaltensein der Schmerzempfindung des oberen Stammes und der von den nervi cervicales superiores innervirten Gegenden. Die Hautreflexe waren gestört, die der Sehnen dagegen gesteigert, keine Contracturen.

Die Autopsie ergab, wie vermuthet, einen hämorrhagischen Herd von der Grösse eines Hirsekorns in der weissen Substanz des Cervicalmarkes, im vorderen Theil des linken Hinterstranges nahe der hinteren Commissur. Oberhalb und unterhalb des Herdes myelitis acuta. Sonst keine Läsionen; auch die Gefässe, mikroskopisch untersucht, ohne Alteration.

Dieser Fall soll Vulpian's Meinung bestätigen, dass eine Blutung in die Substanz des Markes primär sein kann und nicht immer die Consequenz einer Meningitis sein muss, wie Hayem glaubt. Es kann sogar umgekehrt sein. Rohden (Oeynhausen).

---

374) **M. Rosenthal** (Wien): Ueber Hirnsyphilis und deren Lokalisation.

(Deutsch. Arch. f. klin. Medicin 38. Bd. 3. Heft 1886).

Verf. liefert in einer Anzahl Fälle, welche zur Autopsie kamen, einen Beitrag zur Lokalisationslehre. Zum Beweise dafür, dass Tumoren des Stirnlappens keinerlei motorische oder sensible Beschwerden erzeugen, wird die 1. Beobachtung in's Feld geführt. Es fanden sich bei einer 27 jährigen Handarbeiterin, welche vor 5 Jahren an Lues mit secundären Erscheinungen erkrankt war, über der Spitze des Stirnlappens mehrere bis hasselnussgrosse, in die Hirnrinde eingreifende, doch nirgends über dieselbe hinausreichende, partiell verkäste, fibröse Knoten. Ausserdem secundäre Pachymeningitis. Motorische Störungen waren im Leben nicht vorhanden gewesen, die leichten sensiblen Erscheinungen werden auf die Pachymeningitis zurückgeführt. Anders verhält sich die Sache, wenn die syph. Processe auf die Centralwindungen übergreifen. Dies lehrt die 2. Beobachtung, ein Fall von Lues congenita bei einem 32 jährigen Commis. Es fanden sich hier Erweichung der Centralwindungen bis in den Präcuneus, neben Arteriitis obliterans der basalen Hirnarterien, besonders der linken Art. foss. Sylv. Im Leben bestand corticale Epilepsie mit Hemiplegie und Hemianästhesie. Die Gefühlsstörung nahm nur die Streckseite der Gliedmassen ein und war auch an der entsprechenden Nacken- und Gesichtshälfte nachweisbar. Je nach der Intensität der intercurrenten corticalen Epilepsie liess auch die sensible Schädigung eine grössere oder geringere Beeinträchtigung constatiren. Die intermittirende motor. Aphasie findet nach Verf. ihre Begründung in der durch Gefässentartung und progressive Erweichung der Broca'schen Windung bedingten temporären Anaemie dieser Hirnregion. Nicht streng in den Rahmen

der syphilit. Hirnkrankheiten gehört die 3. Beobachtung, welche zum Beweise dafür hergesetzt worden ist, dass bei Störungen der motor. Hirnregion eine Veränderung im Ablauf der Empfindungsarten, sowie Störungen in den Leitungsbahnen derselben eintreten können. Der Fall betrifft ein 21 jähriges Dienstmädchen, bei welchem die Section graulich verfärbte Rinde im Bereiche der Centralwindungen nachwies, woselbst sich ein apfelgrosser, mit graugrüner Jauche gefüllter Herd befand. Derselbe liegt in der Marksubstanz, nach vorn bis an die vordere Begrenzungslinie des corp. striatum, nach rückwärts bis in die Gegend der Hinterhornspitze, an der Convexität nahe bis an die Rinde, in der Tiefe aber nirgends bis an die Grosshirnganglien reichend. Vorausgegangen war etwa 6—8 Wochen vor dem plötzlichen Tode ein, wie es scheint, nicht sehr heftiger Typhus. Der Herd hatte corticale Epilepsie mit linksseitiger Hemiplegie und Verfall der Empfindungsqualitäten unter beträchtlicher Verlangsamung der Schmerz- und Temperaturgefühlsleitung zur Folge.

Hinsichtlich der luetischen Erkrankung der Grosshirnganglien lehrt die 4. Beobachtung die motorische Indifferenz des Linsenkerns. Es handelte sich um ein mandelgrosses Syphilom im 1. und 2. Gliede des linken Linsenkerns. Es bestand Psychose ohne jegliche motor. Symptome. Die 5. Beobachtung betrifft eine 36 jährige Frau, welche vor 6 Jahren an secundärer Syphilis gelitten. Bei der Section fand sich ein haselnussgrosses Syphilom im Schweife des rechten Streifenhügels, bis in den Linsenkern wuchernd, die caps. intern. verschoben und gedrückt. An der Basis des Gehirns der l. n. oculomotor. atrophirt, erweicht. Die basalen Gefässe entartet. Im Leben bestand Hemiplegie, Hemianästhesie, Facialisparese und mehrfache Augenmuskellähmung. Die linksseitige Hemiplegie war durch Compression der caps. intern. und ihres Pyramidenantheils bedingt. Die allmähliche Entstehung der Halbseitenlähmung, welcher zuerst den linken Arm, dann das Bein ergriff, die gleichseitige Parese des Facialis, sowie die Gefühlsabstumpfung deuteten schon im Leben auf Ergriffensein der Stammganglienegegend. Die contralateralen Lähmungen des Oculomotor. und Abducens wurden auf basale Erkrankung zurückgeführt.

Die beiden letzten (6 u. 7) Beobachtungen, die nicht zur Section kamen, betrafen Erkrankungen des Bodens des 3. Ventrikels. Zunächst eine nucleäre Augenmuskellähmung im Gefolge von secundärer Syphilis, mit Symptomen von Polioencephalitis superior et inferior, dann nucleäre Augenmuskellähmungen im Initialstadium der Tabes.

Goldstein (Aachen).

---

375) **B. Küssner** und **F. Brosin** (Halle): Myelitis acuta disseminata. (Arch. f. Psych. XVII. 1. p. 238.)

24 jähriger gesunder Schriftsetzer erkrankte ohne nachweisbare Veranlassung. Acut beginnende und sehr rasch vollständig werdende Blasenlähmung, schlaffe Lähmung der Beine, Parese der Arme, an Beinen und Unterbauchgegend Anästhesie, Fehlen der Hautreflexe

und der Sehnenphänomene, Erhaltensein der faradischen Reaction. Fieber. Keinerlei spinale Reizerscheinungen. Stationärbleiben der Lähmungssymptome. Cystitis. Decubitus und Erysipel. Tod 24 Tage nach Beginn der Krankheit. — Die Section ergab *multiple Entzündungsherde* bis zu 2 mm. Grösse in der Substanz des Rückenmarks. Dieselben waren im mittleren Brustmark äusserst zahlreich und nahmen nach unten und oben allmählich an Häufigkeit ab. Uebrigens war die graue Substanz verhältnissmässig sehr wenig betheiligt. Innerhalb der Herde erschienen die Nervenelemente mehr oder weniger vernichtet, an ihre Stelle war Rundzelleninfiltration getreten. Aus dem Umstande, dass im Centrum der Herde gewöhnlich Gefässe verliefen, schliessen die Verf., dass von diesen der Entzündungsprozess ausging und glauben, dass es sich in ätiologischer Beziehung um eine infectiöse Erkrankung handle. — Eine zugleich bestehende Entartung in den Hintersträngen des obern Dorsal- und des Cervical-markes sowie in den Seitensträngen des untern Dorsal- und des Lumbal-markes fassen die Verf. wohl mit Recht als secundäre Degeneration auf.

Langreuter (Eichberg).

---

376) **B. Greidenberg** (Simferopol-Krimm): Ueber die posthemiplegischen Bewegungsstörungen. (Arch. f. Psych. XVII. 1. p. 131.)

Diese *„klinische Studie“* stellt eine durch ihre Gründlichkeit sehr verdienstliche Monographie dar, welche die ganze Literatur von den Forschungen Türcks (1850) bis zu den Veröffentlichungen der neuesten Zeit über den betreffenden Gegenstand behandelt und ausserdem mit zahlreichen eigenen Beobachtungen illustrirt ist. Die Arbeit umfasst 76 Seiten; die Literaturaufzählung allein *der* Arbeiten, welche in unmittelbarer Beziehung zum Thema stehen, hat 267 Nummern. Die ganze mühevolle Studie beansprucht als Nachschlagewerk dauernden Werth; die Lectüre kann auch denen sehr empfohlen werden, welchen daran gelegen ist eine gute Uebersicht über den viel discutirten Gegenstand zu bekommen. — Der Verf. hat allerdings nicht viel *Neues* gebracht, jedoch systematisirt und sichtet er, und bringt überall bei den Controversen nach umsichtiger Kritik seine eigene Meinung. — Dem Referenten einer Arbeit, welche zu ihrem grössten Theile selbst ein Referat darstellt, kann naturgemäss nur obliegen ungefähr den Gang der Darstellung wiederzugeben. — Das Programm des Verf. lautet: die bis jetzt bekannten Facta hinsichtlich der motorischen nach *cerebralen* Hemiplegien an den gelähmten Extremitäten auftretenden Störungen zu gruppiren und auf die jetzt verhandenen wissenschaftlichen Thatsachen gestützt eine möglichst umfassende anatomisch-physiologische Erklärung derselben zu geben.

Zunächst werden die *Contracturen* erörtert und zwar unterschieden nach der Zeit in welcher sie nach der Apoplexie auftreten, ob gleich, ob bald, oder längere Zeit nachher. Schon hierbei wird die wichtige Rolle der Pyramidenbahn betont, in ihrem ganzen Verlaufe von den psychomotorischen Rindencentren an bis in die Seitenstränge.

Die zuletzt erwähnten *Spätcontracturen*, deren Constanz in Folge der secundären Degenerationen und das Wesen und die Ursachen der letzteren werden am ausführlichsten behandelt. — Daran schliesst sich das Verhalten der *Reflexthätigkeit* auf der Seite der Contractur: die eigenthümliche Erscheinung der Steigerung der Sehnenphänomene und der Herabsetzung der Hautreflexe und die darüber geführte Polemik wird erörtert, und zuletzt die seltene posthemiplegische *Paraplegie* — vielleicht auf beiderseitiger Entartung der Pyramidenstränge beruhend — kurz berührt. Mehrere Fälle von sog. *Mitbewegung*, d. h. Bewegung gelähmter Glieder, welche die der gesunden begleiten — auch auf Reflex beruhend — führt der Verf. aus seiner eigenen Praxis an. — Unter den posthemiplegischen *Zitterbewegungen* unterscheidet Gr. 3 Typen: das gewöhnliche Zittern, die halbseitige Schüttelähmung und einen Tremor der nur bei Bewegungen erscheint und dem der disseminirten Sclerose sehr ähnlich sieht. — Ausführlicher wird die am häufigsten vorkommende Form der posthemiplegischen motorischen Störungen: die *Hemichorea* behandelt. Das sind unwillkürliche ungeordnete Bewegungen der gelähmten Glieder, die sich bei Bewegungsintentionen vermehren und nur im Schlafe vollständig aufhören. — Diese Affection ist zuweilen mit Hemianästhesie complicirt. Mit ihm nahe verwandt ist die *Hemiataxie*, halbseitige Coordinationsstörungen. — Schliesslich geht Verf. zur Beschreibung der *Athetose* über, dieser viel discutirten Bewegungsstörung, welche bis vor 2 Jahren einen vielleicht über Gebühr breiten Platz in der Literatur einnahm. *Hier* ist nur von der posthemiplegischen Form die Rede. Vf. glaubt, dass bei der Auffassung dieser Krankheitsform alle Autoren wenigstens in 2 Cardinalpuncten der Characterisirung übereinstimmen, das sind: die Art der Bewegungen und ihre Localisation. Es braucht hier das eigenthümliche Spielende, halb willkührlich Aussehende der Bewegungen und ihr Vorkommen fast ausschliesslich an Fingern und Zehen nur angedeutet werden. — Die Priorität wenigstens der ersten guten *Beschreibung* der Athetose wahrt der Verf. Hammond (1871). Aus seiner eigenen Praxis theilt er wieder mehrere gut beobachtete Fälle mit. — Die Unterscheidungsmerkmale der Hemichorea und Hemiathetose werden durch eine besondere Tabelle noch einmal hervorgehoben, im Uebrigen gesteht Gr. zu, dass die strenge Classiffication der posthemiplegischen Bewegungsstörungen oft eine sehr schwierige (und überflüssige! Ref.) Aufgabe sei, und dass Combinationen der einzelnen Formen nicht selten vorkämen.

Nach Erörterung der Einzelarten folgt eine Allgemeinabhandlung der *pathologisch-anatomischen* Seite unseres Thema's. Betreffs der *Localisation* lassen sich die bisher bekannten Sectionsergebnisse fast alle dahin vereinigen, dass zur Hervorrufung irgend eines der obigen Symptomencomplexe die motorischen Fasern des *Pyramidenstranges* an irgend einem Theile ihres Verlaufs von der Grosshirnrinde bis in das verlängerte Mark betroffen sein müssen. — Speziell für die Athetose ist es wahrscheinlich, dass sie in der Nähe der psychomotorischen Rindencentren zu localisiren ist. Damit stimmt der Character ihrer Bewegungen, welche vor allen am meisten ausgebildet sind, überein. — An die patho-

logische Anatomie werden noch einige Bemerkungen über *Physiologie* und *Pathogenese* der posthemiplegischen Störungen geknüpft und zum Schluss „der Vollständigkeit halber" einige therapeutische Notizen gegeben. Der Nervendehnung wird *kein* Werth, Medicamenten: Bromkali, Morphium, Curare und Physostygmin nur ein bedingter Werth beigemessen. Am rationellsten hält Gr. die Anwendung des *galvanischen Stromes*. Langreuter (Eichberg).

---

377) **Eulenburg** (Berlin): Fortschreitende atrophische Lähmung des *linken* Armes nach Fraktur des rechten Humerus.

(Berl. Klin. Wochenschr. 1886. Nro. 19.)

Ein Eisenbahnwärter hatte kurz vor dem herannahenden Zug sein auf den Schienen liegendes Kind mit der linken Hand zurückgeschleudert und dabei mit der rechten Hand seine Laterne emporgehalten. Er wurde von der Maschine noch erfasst, zur Seite geworfen und bewusstlos mit 2 Frakturen des rechten Humerus nach einiger Zeit aufgefunden. Die Heilung der Fraktur verlief anscheinend normal; allmählich aber kamen zeitweise auftretente Schmerzen im rechten Arm, dann auch Schmerzen, Gefühl von Eingeschlafensein und Abnahme der Kraft im linken Arm. Als Ursache nahm der behandelnde Arzt Erkältungen, Zugluft u. s. w. an; die trotz Behandlung fortschreitenden Funktionsstörungen erforderten endlich die Pensionirung und wurde nun der Fall zum Superarbitrium an E. übergeben. Aus dem genau erhobenen Status ergibt sich: *an beiden Armen übereinstimmend:* Diffus herabgesetzte Hautsensibilität, spontane Schmerzhaftigkeit und Parästhesien. Muskelspannungen und Muskelzittern; paretische Motilitätsstörungen in den Extensoren der Finger und Interossei: *auf den linken Arm beschränkt, auserdem*: progressive Lähmung fast sämmtlicher Vorderarm- und Handmuskeln (in den Fingerextensoren, Daumen und Kleinfingerballen am stärksten, supinator longus normal), dabei in einzelnen Muskelgruppen theils Aufhebung theils Abschwächung der mechanischen, faradischen und galvanischen Erregbarkeit, in anderen erhebliche Herabsetzung der faradischen, bei erhaltener oder selbst etwas erhöhter galvanischen Erregbarkeit, und elektrischen Palmospasmus.

E. kommt nach eingehender Würdigung des Falles zu dem Resultate dass „eine genetische Beziehung der linksseitigen Armlähmung zu dem Trauma nach dem ganzen Verlaufe des Falles wohl kaum zu bezweifeln ist, wenn auch das Wie des Zusammenhanges noch in mancher Beziehung unaufgeklärt ist". Bastelberger (Eichberg).

---

378) **Reumont** (Aachen): Ein Fall von Tabes dorsalis complicirt mit Diabetes mellitus. (Berl. Klin. Wochenschr. 1886. Nro. 13.)

R. gibt eine genaue Krankengeschichte und eingehende Beobachtung des Falles und knüpft daran die Besprechung einer Reihe von Fragen. Für's erste wirft er die Frage nach dem innern Zusammenhang zwischen Tabes und Diabetes mellitus auf, und tritt mit Oppen-

heim, dessen in der Gesellschaft der Charité-Aerzte (Sitzung vom 21. Mai 1885) vorgestellter analoger Fall in seinen Einzelerscheinungen viel Aehnlichkeiten mit dem vorliegenden zeigt, für das Bestehen eines solchen Zusammenhanges ein.

Ueber die fernere Frage, ob die von dem Patienten 12 Jahre vorher acquirirte Lues als ätiologisches Moment für die Tabes und zugleich für die Glycosurie aufgefasst werden muss, spricht sich R. im Ganzen mehr bejahend aus, wenn er auch zugeben muss, dass sich dafür ein zwingender Beweis nicht erbringen lässt.

Die Frage endlich, ob nicht vielleicht die bei der Behandlung der Syphilis angewandten grossen Mercurquantitäten die Glycosurie veranlasst haben können, glaubt R. verneinen zu müssen.

Bastelberger (Eichberg).

---

379) **Weil** (Heidelberg): Lähmung der Glottiserweiterer als initiales Symptom der Tabes dorsalis. (Berlin. Klin. Wochenschr. 1886. Nro. 13.)

W. hatte Gelegenheit in seiner Sprechstunde folgenden Fall zu sehen. Der Patient, kräftiger 49 jähriger Mann bekam ca. 1 Jahr vor seiner Vorstellung bei W. bei Gelegenheit einer starken Aufregung einen etwa 10 Minuten dauernden Anfall heftigster Athemnoth. Ein zweiter derartiger Anfall war etwa vor 4 Wochen eingetreten.

Seitdem ist die Athmung nach jeder körperlichen Aufregung laut schnarrend, in Ruhe wird sie bald wieder geräuschlos. Die Untersuchung ergab doppelseitige Lähmung der Glottiserweiterer. Durch eine leichte rechtsseitige Ptosis aufmerksam gemacht, konnte W. bei weiterer Untersuchung (reflektorische Puppillenstarre, Fehlen der Patellarreflexe, Ataxie, Romberg'sches Symptom, vorausgegangene „rheumatische“ Schmerzen u. s. w,) die sichere Diagnose auf Tabes stellen, die hier mit oben genannter Kehlkopfaffektion debütirt hatte. Die Details und ausführliche Besprechung des Falles müssen im Orginal nachgesehen werden.

W. zieht nun hieraus die praktisch wichtige Consequenz, dass es geboten ist, „in jedem Falle, in dem eine hinsichtlich ihrer Aetiologie unklare Lähmung der Stimmbänder, insbesondere der Glottiserweiterer, besteht, den Kranken ganz speziell auf das Vorhandensein jener subjektiven und objektiven Zeichen zu untersuchen, welche den frühen Stadien der Tabes zukommen.“ Bastellberger (Eichberg).

---

380) **Vierordt** (Leipzig): Beitrag zur Kenntniss der Ataxie. (Berl. Klin. Wochschr. 1866. Nro. 21.)

V. beschreibt einen Fall von Ataxie aller 4 Extremitäten mit Einschluss der Augen und der Sprache, *ohne irgend welche Störungen der Sensibilität und bei sehr fein erhaltener Lagevorstellung der Glieder.* Bei dem Patienten, einem sehr intellegenten 23 jährigem Manne konnten alle Prüfungen mit grösster Exaktheit vorgenommen werden.

Der Fall bietet klinisch und kasuistisch eine Fülle von Interessantem; eignet sich jedoch namentlich auch in Anbetracht der schwankenden Diagnose (Cerebellarleiden? vorwiegend spinale Ssytemerkrankung?) nicht dazu, dass aus ihm weitergehende Schlüsse gezogen werden könnten; vielleicht wird dies später durch die Befunde der Autopsie ermöglicht. Bastelberger (Eichberg).

---

381) **Galippe** (Paris): Note sur les altérations des dents dans l'ataxie locomotrice. (Bemerkung über die Alterationen der Zähne bei der Tabes dors.) (Gaz. des Hôp. 1886. Nro. 58.)

G. bestreitet die Richtigkeit der von Demange und einigen andern Aerzten gemachten Angabe, dass die Tabes als Consequenz trophischer Störungen einen vorzeitigen Ausfall vollständig intacter Zähne determinire, auf Grund seiner mit Melassez nach dieser Richtung hin angestellten zahlreichen Beobachtungen.

Pauli (Köln).

---

382) **W. B. Slayter** (London): A case of delirium tremens caused by chewing tea. (Ein Fall von Delirium tremens durch Kauen von Theeblättern entstanden.) (The Lancet. 24. April 1886.)

Ein Mädchen erkrankte eines Tages an tonischen Krämpfen der Muskeln des Gesichts und der Extremitäten und an solchen Zeichen, wie sie dem Delirium alcoholicum angehören, nachdem schon längere Zeit vorher über Schmerzen im Abdomen geklagt worden war.

Eine dieserhalb angestellte Untersuchung desselben ergab einen glatten, harten Tumor von der Grösse einer halben Orange in der rechten Regio iliaca.

Nach einem Laxans entleerten sich verhärtete, mit vielen Theeblättern vermischte Faeces in reichlicher Menge, worauf sich die Geschwulst merklich verkleinerte, jedoch erst vollständig verschwand, nachdem jene Encheirese von Zeit zu Zeit innerhalb drei Wochen wiederholt in Anwendung gekommen und der Stuhl frei von der erwähnten Beimischung geworden war.

Während dieser Zeit gelang es auch, die Nervencentren durch Bromkalium in Verbindung mit Chloral zu beruhigen und sodann den allgemeinen Gesundheitszustand durch Diaeta roborans zu retabliren.

Nach noch nicht einem Jahre kehrten alle diese Erscheinungen mit Ausnahme der beschriebenen Geschwulst wieder, die auch dieses Mal derselben Curmethode wichen.

Auf Befragen erklärte das dem Alcoholismus niemals ergebene Mädchen, dass es, seit seinem 17. Jahre in einer Fabrik beschäftigt, hier gleich seinen Mitarbeiterinnen die Gewohnheit, Theeblätter zu kauen, im Durschnitt täglich ein halb Pfund und zuweilen noch mehr, angenommen habe, und dass daher jedenfalls ihre Anfälle herrührten, die zu verhüten durch das Abstehen von dieser Gewohnheit von ihm versucht, dies aber wegen der dadurch hervorgerufenen starken nervösen Aufregung vereitelt worden sei.

Wie S. hierzu schliesslich bemerkt, gehören derartige aus dem übermässigen Theegenusse entstandene Fälle nicht zu den Seltenheiten, dagegen findet sich nirgends das Kauen von Theeblättern als ein solcher Krankheitserreger erwähnt. Pauli (Köln).

---

383) **S. West** (London): Herditary tremor. (Ererbter Tremor.)
(The Lancet. 17. April 1886.)

W. stellte kürzlich in der med. Gesellschaft in London einen Mann von 50 Jahren vor, welcher wie seine neun Geschwister und einige von seinen sechs Kindern an einem auf Heredität beruhendem Tremor artuum, besonders der Hände, leidet.

Dieser Zustand, von dem auch die Mutter und Grossmutter heimgesucht waren, gleicht der Paralysis agitans insofern, als nach starken Willensimpulsen das Zittern für längere oder kürzere Zeit fast ganz verschwindet.

Auch S. Mackenzie hat zwei oder drei Fälle dieser Art beobachtet und Money bemerkt, dass diese als erblich übertragene chronische Chorea bekannte Krankheitsform häufig mit mentalen Defecten associirt ist. Pauli (Köln).

---

384) **A. Királyfi** (Budapest): Tetanus puerperalis.
(Pester med.-chirurg. Presse 1886. Nro. 9. 10. 11.)

Regine R., Fabrikantengattin, 27 Jahre alt, Multipara, war nie krank, doch stets anämisch und nervös gewesen. Am 30. October v. J. Entbindung ohne jedwede Störung. Nach der Geburt hochgradiger Collaps. Aus dem Cervix ragte eine fungöse polypöse Geschwulst heraus (Placentarrest) die aber bei der fast pulslosen Pat. nicht entfernt werden konnte. Am Morgen des dritten Tages nach der Geburt, stieg die Temp. ganz plötzlich auf 39,5° C. Lochien sehr übelriechend. Alsogleiche Ablösung des in Zersetzung begriffenen Placentarrestes, hernach gründliche Desinfection. Die nächsten 8—10 Tage verliefen ungestört: nur in den letzten 2 Tagen klagte Pat. über ein Gefühl von Strangulation, permanentem Schwindel, Ziehen im Nacken und über einen mehr-weniger continuirlichen Krampf in den Masseteren. T. 38—38,2° C. Am 11. November folgender Status praesens: Pat. mittelgross. Nacken etwas nach rückwärts gezogen. Die Kiefer gehen nur soweit auseinander, dass Pat. knapp im Stande ist die belegte Zungenspitze hervorzustrecken. Schmerzhafte Spannung in den Rückenmuskeln. Pat. klagt über Schlingbeschwerden und völlige Schlaflosigkeit. Pat. kann nur flüssige Nahrung zu sich nehmen. Puls klein 96. T. 38,2° C.

12. November. Ausgesprochener Opisthotonus. Trismus solchen Grades, dass Pat. nicht einmal die Zungenspitze hervorstrecken kann. Pat. kann nicht das Geringste hinunterschlucken (Contraction der Pharynxmuskeln) Cocain hypoderm. Chloralhydrat per rectum verabreicht. 13. Nov. T. 39. P. 120. Fortwährende Athemnoth. Suffocationsanfälle. Unausgesetzte Empfindung am Halse erwürgt zu werden. Copiöser

Schweiss — vollständige Anurie. Morph. injectionen. — Abends T. 40. P. 120. Muskelstarre weicht nicht im Geringsten. Sprache ungestört. Sensorium frei. 14. Nov. T. 40. P. 132. Der Muskeltonus bleibt den ganzen Tag über unverändert. Halbstündig Injectionen von einer 1%tigen Curarelösung. Pat. schwimmt in ihrem Schweisse. Schreit fortwährend um Hülfe. Temp. steigt am Abend auf 42°. 8 Uhr Abends Tod in Mitten eines epileptischen Anfalls.

Verf. hebt hervor, dass das eigentlich Interessante dieses Falles in der Pathogenese liegt: „es ist ausser allen Zweifel, dass der Ausgangspunkt dieses Tetanus nur das *Puerperium* war". In Weiterem sucht Verf. zu beweisen dass der Tetanus eine Infections-Krankheit ist.

Moravcsik (Budapest).

---

385) **Mairet** und **Combemale** (Paris): De l'action thérapeutique de l'uréthan. (Ueber die therapeutische Wirkung des Urethan.)

(Arch. gén. de. méd. Mai 1886.)

Die von beiden Forschern an 37 Kranken angestellten Versuche mit Urethan, welches in etwas Wasser gelöst in der Dosis von 0,5—5,0 eine Viertelstunde vor dem Schlafengehen, selbst nach einem 14 tägigen Gebrauche ohne das geringste Inconvenienz, genommen wurde, haben folgende Resultate ergeben:

Der Demenz in Folge allgemeiner Paralyse oder atheromatöser Entartung der Hirnarterien gegenüber verhält sich dieses Mittel fast völlig indifferent, dagegen bewährte es sich, zu 2,0—5,0 verabreicht, bei einigen nicht allzusehr aufgeregten Formen psychischer Alienation.

Thut es dieses nach einer gleich anfänglich genommenen grossen Dose nicht, so soll, weil ohne jede Aussicht auf Erfolg, von der weiteren Darreichung Abstand genommen werden.

Im Allgemeinen äussert sich sehr rasch, seltener erst nach Verlauf von 1—2 Stunden, der somnifere Effect. Pauli (Köln).

---

386) **Paul Dignat**: Epilepsie à aura périphérique guérie après l'application de vésicatoires au-dessus du point de départ de l'aura. (Epilepsie mit peripherischer Aura geheilt nach Anlegen von Vesicantien über der Ausgangsstelle der Aura.) (Le Progrès méd. 1886. Nro. 18.)

Carth., ein 23 jähriger, kräftiger Schuhmacher wurde ohne nachweisbare Ursachen plötzlich von epileptischen Krämpfen befallen. Dieselben leiteten sich durch eine von seinem linken Daumen ausgehenden Aura ein. In dem darauffolgenden Zeitraume von 17 Monaten hatte er 21 Anfälle bei Tage und eine unbestimmte Anzahl von nächtlichen Attaquen durchzumachen. Bei seiner Aufnahme wurde im Krankenhause eine im Verlaufe des linken Nervus medianus gelegene, auf Druck schmerzhafte Stelle gefunden. Auf dieselbe wurden in Zwischenräumen von 8 Tagen zwei fliegende Versicatore applicirt. Von diesem Zeitpunkte an stellten sich keine Anfälle mehr ein. — Innerlich wurde nichts gegeben. Patient ist noch 20 Monate lang nach seiner Entlassung beobachtet worden. Anfälle waren nicht mehr aufgetreten.

Rabow (Berlin).

---

387) **Rieger** (Würzburg): Erwiedrung auf den Artikel: „Stromer und Epileptiker“

Zeitschsrift f. d. Behandlg. Schwachs. u. Epilept. I. Jahrg. Nro. 4 u. 5.)

In dem citirten Aufsatz hatte Wildermuth Bedenken gegen die von Rieger ausgesprochene Idee erhoben, wonach Anstalten für Epileptische sehr passend mit Arbeiterkolonien vereinigt werden könnten. Rieger beruft sich nun zunächst, was die Ausführbarkeit seiner Idee anlangt, auf das thatsächliche Bestehen einer mit einer Arbeiterkolonie vereinigten Anstalt für Epileptische in Bielefeld, was sich nach den Mittheilungen des Leiters dieser Anstalt frei von Uebelständen und nach verschiedenen Richtungen hin sogar als vortheilhaft erweisen soll. Ob eine derartige Verbindung auf Grund dieses einen Versuches nun schon als eine durchaus berechtigte und empfehlenswerthe zu bezeichnen sei, will der Verf. indessen damit noch nicht gesagt haben. Es müssten vor der definitiven Entscheidung hierüber jedenfalls noch Erfahrungen in dieser Hinsicht gesammelt werden. Der Befürchtung W.'s, es könne während der gemeinsamen Beschäftigung allmählich eine moralische Infection der Epileptischen durch die Stromer stattfinden, sucht Rieger durch den Hinweis zu begegnen, dass sich dies bei geeigneter Aufsicht und Vertheilung der Arbeitskräfte und gehörig durchgeführter Trennung beider Kategorien in den Musestunden vermeiden lasse. Das Bedenken W.'s, hinsichtlich der Möglichkeit einer unter diesen Umständen eintretenden Ueberbürdung und schärferen Behandlung der Epileptischen bei der Arbeit und in Bezug auf die Gefahr, dass der ärztliche Einfluss noch mehr bei Seite gedrängt werden könnte, hält der V. für gegenstandslos, wenn streng an der Forderung festgehalten werde, dass die oberste Leitung einer solchen combinirten Anstalt sich stets in den Händen eines Arztes befinde, wofür er conform den Ansichten W.'s warm plaidirt. Werde diese Forderung erfüllt, so werde dies auch den Stromern zum Segen gereichen, da viele derselben unter die Rubrik der geistig Abnormen zu zählen seien und eine ärztliche Oberleitung daher auch für sie viel passender sei als eine nichtärztliche. Dass man sich freilich von mancher Seite gegen die Berechtigung dieser Auforderung vorläufig noch verschliessen werde, erkennt Verf. gerne an, weist indess auf die grossen Wandlungen zum Bessern hin, welche mit der Zeit auf allen Gebieten der praktischen Seelenheilkunde und der verwandten Gebiete auch unter den Laien und massgebenden Behörden eingetreten sind und hofft, dass man sich in der Zukunft auch dem Zugeständniss der obigen Forderung bequemen werde. Reinhard (Hamburg).

---

388) **E. Moravcsik**: Ueber Epilepsie.

(Pester medic. chir. Presse. 1885. Nro. 51.)

Untersucht man die Natur, Genese, und die mannichfaltige Verknüpfung der Erscheinungen eingehender, dann gelangt man allmählig zur Ueberzeugung, dass die Epilepsie als solche keine besondere Erkrankung, sondern blos eine Erscheinung gewisser neurologischer Veränderungen

ist. Beobachtet man Epileptiker genauer, dann stösst man bei denselben auf eigenartige, aus abnormer Thätigkeit des gesammten centralen Nervensystems fliessende Charakterzüge. Für abnormes Nervensystem zeugt in vielen Fällen auch eine gewisse Schädeldifformität. An der Klinik Prof. Laufenauer's hatte der V. mehr als 2000 Schädel nach dieser Richtung hin zu prüfen, an denselben genaue Messungen vorzunehmen. Auffällig sind bei Epileptikern gewisse psychische, vasomotorische, nervöse Erscheinungen. Ausser den angeborenen degenerativen Momenten sind als disponirende noch der übermässige Alcohol-Genuss und gewisse Hirnverletzungen zu erwähnen.

Dass auf Reizung gewisser Hirnrindenstellen epileptiforme Muskelzuckungen auftreten, spricht noch nicht dafür, dass die Ursache der Epilepsie da sitze. Dies kann nur eine Gelegenheitsursache abgeben dafür, dass das Uebergewicht des in seinem Gleichgewichte leicht störbaren Nervensystems auf das motorische Gebiet übertragen werde und dass sich letzteres im Gegensatze zur Passivität der anderen Gebiete in höherem Grade manifestirt.

Von der Gleichgewichtsschwankung des centralen Nervensystems und dem klinischen Bilde der Epilepsie ausgehend, lassen sich die Anfälle in folgende 4 Gruppen theilen:

1. Gruppe, bei der die *motorischen Symptome* vorherrschen. Hierher gehören die eigentlichen epileptischen Anfällle.

2. Gruppe, bei der die *psychischen Erscheinungen* praevaliren. Hier verläuft der Reiz in Form psychischer Anfälle, ohne jeglichen motorischen Impuls. Epileptische delirirende Zustände.

Bei der 3. Gruppe ist sowohl in der psychischen, als motorischen Sphaere gesteigerte Function wahrnehmbar. Dies ist die *gemischte Gruppe*. Hierher gehört der grösste Theil der epileptischen Geistesstörungen.

Bei der 4. Gruppe tritt sowohl in der motorischen, als psychischen Sphaere Ruhe ein. Hieher gehört die Hypnose der Epileptiker.

Warum die mit motorischen Erscheinungen einhergehenden Anfälle die häufigsten sind, dürfte vielleicht darin begründet sein, dass einerseits die motorische Bahn am besten ausgeglättet ist, andererseits die motorischen Centren gegen Reize empfänglicher sind. Bekanntermaasen fällt schon von Kindheit her unter allen Lebensfunctionen den Bewegungen die grösste Rolle zu, dermassen, dass sie oft selbst von den psychischen Functionen nicht abgesondert werden können. Hiefür spricht auch jener Umstand, dass man zweckmässige Bewegungen auch unbewusst vollführen kann. (Pollak Budapest).

---

389) **Althaus**: Epileptik automatism. (Epileptischer Automatismus.) (The British Medic. Journ. 27. Februar 1886.)

Ein 23 jähriger Mann mit Hypertrophie und Dilatation des rechten Ventrikels litt seit seinem 17. Jahre an Epilepsie, deren Haupteigen-

thümlichkeit darin bestand, dass sie zeitweise automatische Handlungen verursachte, die theils unmittelbar nach einem Anfalle, theils auch ohne einen solchen auftraten. So stand der Kranke Nachts öfters auf und ging stundenlang in bewusstlosem Zustande in seinem Zimmer umher, zog gelegentlich seine Uhr auf bis die Feder brach und setzte das Aufziehen weiterhin, oft stundenlang fort, bis er wieder zur Besinnung kam, rannte ziel- und bewusstlos in der Umgebung seiner Wohnung umher, diejenigen niederschlagend, die ihn festhalten wollten u. s. w. Althaus macht besonders aufmerksam auf die Bedeutung, die solche Fälle von epilept. Schwindel oder Automatismus in gerichtlichmedicinischer Hinsicht haben; zumal von der Ausführung der beschriebenen, wenig gefährlichen Handlungen bis zum Todtschlag und Raub nur ein Schritt sei. Im Uebrigen erklärt er den Automatismus so, dass die Epilepsie resp. der epilept. Anfall in den betreffenden Fällen eine Art Paralyse der höchst organisirten Hirncentren in den Präfrontallappen setzt, während die niedern Centren, namentlich die Centralganglien an der Hirnbasis intact bleiben oder sich doch schnell vom Schock erholen, um dann, wahrscheinlich in einem Stadium von Hyperästhesie und nicht mehr unter der Controlle der höhern Centren stehend, automatische Actionen zu veranlassen.

Voigt (Oeynhausen).

---

390) **Tellegen**: Vindt men in de kranksinnigen gestichten vele gevallen van insania hysterica. (Hysterie in holländischen Irrenanstalten.)

(Psychiatrische Bladen 1886. Bd. IV. Heft 1.)

Im Anschluss an einen epochemachenden forensischen Fall — eine Hysterica hatte den Attaché der Japanesischen Legation (ihren Liebhaber) erschossen — wirft Verf. die Frage auf, ob in den Holländischen Irrenanstalten hysterisches Irresein überhaupt oft vorkommt. Er glaubt es nicht, und polemisirt gegen die Gewohnheit, jede Frau, sobald sie sich einmal erotisch benimmt, eine Hysterica zu nennen. Er kennt:

1. Die hysterische Charakterstörung.
2. Das acute hysterische Delirium.
3. Das chronische hysterische Irresein.

Die hysterische Charakterstörung, deren Beschreibung er die Arbeit Huchard's zu Grunde legt, dünkt ihm wenig scharf umschrieben, und in Holland wenigstens selten.

Das hysterische Delirium kennt er wie es im Anschluss oder als Aequivalent der Anfälle der „grand Hysterie" vorkommt. Er bestreitet aber den gesetzmässigen Verlauf dieser Anfälle, welche Charcot hervorhob.

Das chronische hysterische Irresein kommt wie alle Hysterie in Holland selten vor. Es soll noch am meisten durch den Inhalt der Wahnideen — Allegorien eigenthümlicher Sensationen — charakterisirt sein.

Winkler (Utrecht).

---

391) **C. Winkler** und **Wellenbergh** (Utrecht): Bydrage tot de casuistiek der dementia paralytica. (Fall von Paralyse.) (Psychiatrische Bladen 1886. Bd. IV. Heft 1.)

Verf. theilen unter diesen Namen einen Fall bei einer Frau mit, welche erheblich vom gewöhnlichen klinischen Bilde abweicht.

Die erblich belastete, nicht luetische Frau, wurde im Juli 1883 von einem apoplectiformen Insult getroffen, nachdem eine leichte Intelligenzstörung voranging. Daran schloss sich eine klassische halbseitige Lähmung mit atrophischer Beugecontractur. Bald traten maniacale Erregung, expansive Grössendelirien, Sprachstörung etc. auf, und oft wiederholte epileptiforme und apoplectiforme Anfalle führten im Jahre 1885 den Tod herbei.

Wider Erwarten wurde bei der Section kein Herd aufgefunden. Dagegen ausgedehnte Rindenatrophie über die ganze rechte Hemisphäre und zum Theile über Stirn und Wandlappen der linken. Vorwiegend hatten aber der gyrus centralis posterior und der lobulus paracentralis dexter gelitten. Tangentiale Faser waren nach Weigert's Methode in beiden Stirnwindungen nicht nachweisbar. In den beiden genannten gyri waren aber zugleich stellenweise alle radialen Fasern geschwunden. Massenhafte Spinnenzellen und nur sehr vereinzelte grössere Pyramidenzellen waren dort nachweisbar.

Eine Degeneration der rechten Pyramide konnte bis in den pedunculus cerebri verfolgt werden. Winkler (Utrecht).

---

392) **H. Schüle** (Illenau): Wohin mit den geisteskranken Kindern? (Zeitschrift f. d. Behandlg. Schwachs. und Epil. I. Jahrg. Nro. 6)

Die geisteskranken Kinder werden gegenwärtig noch viel zu lange in der Familie behalten. Häufig entschliesst man sich erst, dieselben in ein Asyl zu bringen, wenn es bereits zu spät, und die schwache Hirnkraft durch unrichtige Erziehung und unpassende übermässige Anspannungen schon erschöpft ist, oder das geisteskranke Kind durch irgend eine That die Familie compromittirt hat. Die Schuld hieran trägt zum grossen Theil der Umstand, dass die einzelnen Formen des kindlichen Irreseins den praktischen Aerzten noch zu wenig bekannt sind, und dass nicht nur von Angehörigen und Lehrern, sondern leider auch oft von den Hausärzten, — wenn letztere überhaupt hierüber zu Rathe gezogen werden —, die Schwächen und Verkehrtheiten eines solchen Kindes als purer Ausfluss von Böswilligkeit, Launenhaftigkeit und Verstocktheit betrachtet werden. Nachdem Verf. darauf hingewiesen, dass im Kindesalter fast alle Formen geistiger Störung vorkommen können, dass man es hauptsächlich aber mit den verschiedenen Graden des Schwachsinns — mit oder ohne epileptisches Moment — zu thun hat, trennt er die geisteskranken Kinder hinsichtlich der Frage ihrer Unterbringung in zwei grosse Gruppen. Die erste umfasst diejenigen, welche nur eine starke erbliche Belastung (Disposition) zeigen („es sind eigentlich noch nicht wirk-

liche „Kranke“, sondern erst deren Vorfrüchte“); die zweite alle diejenigen, bei denen ein erklärtes wirkliches Irresein vorhanden ist. Während die ersteren sehr wohl in der Familie eines erfahrenen Arztes oder in einem unter der Aufsicht eines solchen stehenden Pädagogium (z. B. das von Kahlbaum in Görlitz) untergebracht werden können, plaidirt Verf. bei den anderen ohne Ausnahme für Unterbringung in einem Asyle, das natürlich unter sachverständiger ärztlicher Leitung stehen muss. Die Unterbringung in eine eigentliche Irrenanstalt verwirft er aus verschiedenen praktischen Gründen, die man im Orginal nachlesen möge. Statt dessen schlägt er als passenden Ort gut geleitete Idiotenanstalten vor, wo die Patienten den für Kinder unerlässlichen Umgang mit Gleichaltrigen haben, geeigneten Unterricht erhalten und dauernde praktische Beschäftigung und Erziehung zu einem Gewerbe finden können, „um sie nur erst über die Klippen der Pubertätszeit weg zu bringen, bis sie endlich gereifter und genügend erstarkt auf eignen Füssen zu stehen und draussen fort zu kommen vermögen.“ Verf. erwartet wohl mit Recht von einer richtigen und umfassenden Fürsorge für die geisteskranken Kinder nach und nach auch „einen günstigen Einfluss auf die Ueberfüllung der Asyle für Erwachsene.“ Für den Fall, dass den Eltern der Name „Idiotenanstalt“ anstössig ist, könnte man ja eine andre Bezeichnung für die betreffenden Asyle wählen.

Reinhard (Hamburg).

---

393) **Binder:** Die Statistik der Krankenbewegung in der Königl. Heil- und Plege-Anstalt Schussenried seit ihrem Bestehen.

(Med. Correspondenz-Blatt des Würtemberg ärztl. Landesvereins. Nro. 4. 1886.)

Die Eröffnung der Anstalt fand im Jahre 1875 mit einem Bestand von 53 Männern und 48 Frauen statt, die im Laufe des ersten Jahres bis zu 99 Männern und 76 Weibern anwuchsen. Der Zugang belief sich im folgenden Jahr auf 206 Fälle 102 M. 104 W. Im Ganzen gelangten während der 11 Jahre 988 Kranke 542 M. 446 W. zur Aufnahme.

Davon litten bei der Aufnahme an Melancholie 180 (72 M. 180 W.) an Manie 146 (80 M. 66 W.) zusammen präsumtiv heilbare 33%. An Paralyse waren 44 erkrankt 37 M. 7 W.

Entlassen wurden 683 (391 M. 292 W.) Bestand am 31. Juli 1885 305 Patienten. Von den Entlassenen waren 19,9% geheilt, 21,8% gebessert. Gestorben sind 16%.

Unter den Genesenen sind die Frauen zahlreicher als die Männer. Nach der Form der Erkrankungen waren unter den Genesenen 58 Melancholiker (26 M. 32 W.), 71 Tobsüchtige (39 M. 32 W.), 5 mit alcoholischer Geistesstörung behaftete Männer, 2 primär Verrückte (1 M. 1 W.). Das erreichte Lebensalter der Gestorbenen betrug im Durchschnitt 48,2 J., excl. Paralytiker aber 49,3 J. Das Alter der Männer excl. Paralyse 46,0 J., das der Weiber exl. Paralyse $52^3/_4$ J., das der Paralytiker allein 44 J.

Unter den Todesursachen nehmen die Erkrankungen der Lungen die erste Stelle ein, es sind 44 Patienten wesentlich von dieser Seite aus zu Grunde gegangen; es handelte sich zumeist um phthisische Processe im weitesten Sinne. 33 mal erfolgte der Tod von Seiten des Nervensystems (Paralytiker, nervös Erschöpfte (Delirium acutum) Apoplexieen, Geschwülste). Eine an Verrücktheit leidende $^3/_4$ Jahr mit der Sonde gefütterte Frau, verfiel gegen das Ende hin in Tobsucht und ging nervos erschöpft zu Grunde. Das Körpergewicht hatte sich nur um 13 Pfund vermindert. Die innern Organe waren fettreich, in den Bauchdecken eine 2 ctm. dicke Fettschicht. Das Gewicht der Leber war stark reducirt.

Von den übrigen Todesfällen ist das Platzen eines aneurysma der art. iliaca erwähnenswerth und 2 Selbstmorde durch Erhängen. Hieran schliesst sich eine Besprechung der einzelnen Krankheitsformen.

Manie: 63% Heilungen, Männer und Weiber gleichmässig. Die Heilungsziffer der erstmals Erkrankten ist 70%, der Recidive 53%. Von 39 als geheilt entlassenen Männern hatte die Krankheit vor der Aufnahme bei 18 nur bis zu 4 Wochen, bei den übrigen nicht über 3 Monate, gewährt. Plötzliche Tobsucht gab die günstigste Prognose. Die Zeit des Anstaltsaufenthaltes betrug bei den Geheilten im Durchschnitt 205, die längste 946, die kürzeste 33 Tage. Unter den Tobsüchtigen waren 83 Ledige, 55 Verheirathete, 8 Verwittwete. Von den Genesenen sind 66% ledig. Bei den Geheilten fand sich meist eine mehr weniger bedeutende Zunahme des Körpergewichts.

Melancholie: 41% geheilt. Günstigere Resultate bei den Männern. Durchschnittliche Behandlungszeit 289 Tage. Gebessert 17 M. 28 W., ungeheilt 13 M. 14 W., gestorben 5 M. 11 W.

Paralyse: Durchschnittliches ,Lebensalter der Gestorbenen 44 Jahre. Durchschnittliche Krankheitsdauer 37 Monate, längste 84 Monate, kürzeste 3 Monate. $^2/_3$ der Fälle fallen in die Zeit vom 35. zum 50. Lebensjahre. 32% der Kranken waren solche die mehr geistige Arbeit zu verrichten hatten, während bei der Gesammtzahl aller Aufaufgenommenen nur 22% solcher sich finden.

Bezüglich der Aetiologie sind 5 früher.luetisch inficirt gewesen; 10 sind durch dissoluten Lebenswandel erkrankt; fernere Factoren sind geistige Ueberanstrengung, Verluste, Nahrungssorgen, 1 mal langjährige Beschäftigung mit Blei. Bei den Frauen tritt der dissolute unregelmässige Lebenswandel sehr in den Vordergrund. Aus den anatomischen Befunden ergiebt sich eine in allen Fällen nachweisbare Atrophie des Gehirns. Das mittlere Gewicht des Gesammthirnes bei 19 männlichen Paralytikern ergiebt 1156 gr. pro Kopf. Am wesentlichsten documentirte sich die Atrophie in den Grosshirnhemisphären. Eine Hirnrinde zeigt eine eigenthümliche, schon makroskopisch erkennbare in allen Farben schimmernde metallische Verfärbung, gegen welche die ziemlich geröthete Marksubstanz eigenartig abstach (Blei).

Ueber die weiter zur Aufnahme gelangten Krankheitsformen ist nichts Besonderes zu erwähnen.

In Bezug auf die Erblichkeit fanden sich unter 887 Personen 47,9% hereditär Belastete. Die Weiber sind unter sich mit 48,4 gegen 47,2 der Männer etwas schwerer belastet als die Männer. Bei den direct Belasteten zeigte sich die Geisteskrankheit beim Vater 66 mal, bei der Mutter 92 mal, bei den Eltern 12 mal. Diese Fälle allein ergeben eine Procentzahl von 19,1%. Im Ganzen kommt der belastende Einfluss von Seiten des Vaters 164 mal, von der Mutter 172 mal, von beiden Eltern 46 mal.

Zur Frage wie die herditäre Belastung auf die Prognose wirkt, findet sich bei der Melancholie, dass unter den erblich disponirten 37% genasen, unter den nicht disponirten 27% oder, während die erblichen Fälle in der Gesammtsumme 54% betragen, nahmen sie an den Heilungen in 62% Theil. Am günstigsten zeigt sich dies bei den Weibern; die Belasteten sind grade so zahlreich als die nicht Belasteten; unter 33 Geheilten sind aber 21 Belastete.

Bei den geheilten tobsüchtigen Männern stellte sich die Sache anders; während die Erblichen 52% der Gesammtsumme bildeten waren sie unter den Geheilten nur mit 46% vertreten. Bei den Frauen betrug die Procentzahl an Heilungen nur 34% während 42% sämmtlicher Tobsüchtiger belastet waren.

Von den Krankheitsformen standen am meisten unter dem Einflusse der Erblichkeit die circulären Formen, die moral insanity und die primäre Verrücktheit.

Schliesslich ist zu erwähnen, dass unter 200 hereditär belasteten Frauen die Geisteskrankheit in 66 Fällen ein Recidiv darstellte, während bei 211 nicht Belasteten nur 39 ein Recidiv zeigten.

Neuendorff (Bernburg).

---

394) **M. Siegel:** Ueber das Aufsichts- und Wartepersonal.

(Zeitschrift f. d. Behandlg. Schwachs. und Epil. I. Jahrg. Nro. 4 u. 5.)

Die Hauptursache des raschen Erlahmens in freudiger Pflichterfüllung und des häufigen Wechsels unter dem Wartepersonal beruht nach Ansicht des Verf.'s in den meisten Fällen auf einer nicht ganz sachgemässen Behandlung desselben seitens der Vorgesetzten. Eine consequente ruhige, „mildstrenge" Behandlung und ein ermunterndes belehrendes Wort an passender Stelle im täglichen Umgange trage in jeder Hinsicht bessere Früchte, als es noch so viele Zerstreuungen und Vergnügungen, die man gewähre, oder regelmässige Instruktionsstunden, die man abhalte, vermöchten. Auch müsse man sich hüten, bei der Beurtheilung eines vorgekommenen Fehlers den Beeinflussungen und Klatschereien Anderer zu folgen, weil Hass, Neid und Selbstsucht dabei gerne ihr Wesen treiben. Von Wichtigkeit erscheint es dem Verf. auch, dass bei neuen Engagements das anzunehmende Personal mehr auf die unangenehmen Seiten der betreffenden Stellungen aufmerksam gemacht werde, damit nicht hinterher Enttäuschung und dadurch Widerwilligkeit im Berufe entstehe.

Reinhard (Hamburg).

395) **E. Moravcsik:** Ein Beitrag der forensischen Psychopathologie.
(Pester medic. chir. Presse 1886. Nro. 11.)

Ein 23jähr. verheiratheter Kaufmann wurde von der Staatsanwaltschaft behufs Eruirung der Zurechnungsfähigkeit der Beobachtungsabtheilung des Rochusspitals (Budapest) zugeführt. Pat hereditär belastet, leicht erregbar und rachsüchtig; zeigte oft kindliches Benehmen; vollführte allerlei dumme Streiche; Potentia coeundi nachweisbar. Seine Frau verliess ihn nach 6 monatlichen Beisammensein. Seine zänkische Natur brachte ihn oft in Conflict mit seiner Umgebung. Er wurde einmal wegen körperlicher Verletzung zu einer Geld- und Freiheitsstrafe verurtheilt. Ein zweitesmal machte er gegen eine Kundschaft eine falsche Anklage und wurde zu 2 Jahren Zuchthaus und 3 jährigem Amtsverlust verurtheilt. Die 2. Instanz reducirte dieses Strafmaas auf 2 Monate Kerker. Unterdessen wurde er zum Militärdienste einberufen, nach kurzer Zeit wurde er wegen Geistesschwäche entlassen.

Nach kurzer Beobachtung konnte angeborene Geistesschwäche constatirt und ihm somit die Zurechnungsfähigkeit abgesprochen werden. Auf Grund dieses Gutachtens übergab man Pat. den Seinigen.

Pollak (Budapest).

---

396) **Chandon:** (Kaiserslautern): Zur Lehre von der mania transitoria.
(Friedr. Bl. f. ger. Med. 37. Jahrg. 1. Heft. 1886. Jan. und Febr.)

Am 26. Juni 1876 Nachmittags gegen $1^1/_2$ Uhr dringt der beschuldigte K. in die Wohnung des Wirthes B., in welcher sich drei Personen, darunter dessen Tochter, befinden und verletzt dieselbe mittelst eines schon vorher geöffneten Messers, am Halse. Er wird sofort vom Bruder und Vater überwältigt und hinausgeschafft, worauf er in grosse Wuth geräth und von dem Zeugen E. in dessen Behausung geführt wird. Hier erbricht er sich und schläft fest ein. Der Schlaf dauert mehrere Stunden, das Erbrechen wiederholt sich vor der Abends erfolgenden Verhaftung. K. ist 26 J. alt, seine Eltern sind wohlhabend und anscheinend gesund; er ist evangelischer Confession, sorgfältig erzogen. Im 12. Jahre hitzige Krankheit, im 16. Jahre Ausschlagskrankheit. Nach der Pubertät wird er still und auffallend ruhig. Vor etwa zwei Jahren trat er mit Juliane B. in ein Liebesverhältniss, welches sein Vater missbilligte. Auf Wunsch ihres Vaters brach das Mädchen das Verhältniss mit ihm ab, worüber er untröstlich war und ihre Verlobung mit einem Andern beständig rückgängig machen wollte. Am Abend vor der That war er stark berauscht. Am Morgen des 26. 6. geht er zum Heumachen und arbeitet ruhig bis 11 Uhr; nach dem Mittagessen eilt er nach der Wohnung des Mädchens, angeblich ohne Absicht und erinnert sich nur noch Dunkel seiner Ueberwältigung. K. ist mittelgross, kräftig gebaut, das rechte Bein etwas verkürzt, auf der Stirn eine leichte, verschiebbare Narbe, linke Pupille manchmal etwas weiter, als die rechte, rechter Mundwinkel etwas tiefer, als der linke, körperliche Funktionen und Schlaf normal, ebenso die Sprache. Wie er zu dem Mordanfall gekommen ist, weiss er nicht, freut sich, dass derselbe keinen Erfolg ge-

habt und sieht seiner Bestrafung mit Ruhe entgegen. Ein Bruder der Mutter war notorisch geisteskrank, zwei Geschwisterenkel endeten im jugendlichen Alter durch Selbstmord, eine Verwandte starb plötzlich apoplektisch. Hier in Betracht kommende Zustände krankhafter Bewusstlosigkeit sind pathologischer Rausch, epileptische Manie und mania transitoria. K. war am Tage der That nicht berauscht und soll nie an Epilepsie gelitten haben. Es bliebe also nur die Annahme einer mania transitoria übrig. Spätere Nachforschungen an Ort und Stelle ergeben jedoch, dass K. mindestens zwei Mal epileptische Anfälle gehabt hat. Seine Strafthat musste daher als das Resultat eines durch Alcoholexcesse und Insolation bedingten Anfalls von Epileptischem Wahnsinn bezeichnet werden. Das Verfahren wurde eingestellt.

Verfasser spricht am Schlusse die Hoffnung aus, dass es gelingen werde, durch genaue Anamnese das Gebiet der sogenannten mania transitoria immer mehr einzuschränken.

Landsberg (Ostrowo).

---

397) **Wille** (Basel): Simulation oder Geistesstörung? Hirnkrankheit? Zurechnungsfähigkeit? Verhandlungsfähigkeit? Haftfähigkeit? (Friedr. Bl. f. ger. Med. u. s. w. 37. Jahrg. 2. Heft 1886. März und April.)

J. E., 48 J. alt, hat ein bewegtes Leben geführt und in Neapel als Soldat eine Hirnentzündung (Insolation) durchgemacht und sich syphilitsich inficirt. Seit 17 Jahren ist er verheirathet und Heizer in B. Früher pflichgetreu, ist er in der letzten Zeit nachlässig geworden. Seine Frau bezeichnet ihn als brutalen Trinker, der sie und ihr Kind oft misshandelt habe. Seit 3—4 Jahren leide er an heftigen Kopfschmerzen, sei vergesslich und nicht mehr so geizig, wie früher. In der ersten Hälfte 81 wird bei ihm im Spital Hinterkopfschmerz, Polyurie und Anschwellung der Cubitaldrüsen konstatirt; geistig ist er normal. Am 25. 5. wird E. der Vornahme unzüchtiger Handlungen mit Kindern unter 14 Jahren in der Zeit von Sommer 1879 bis Winter 1880/81 angeklagt und verhaftet. Er bezeichnet die Anklage als Erpressungsversuch und behauptet seine Unschuld, macht jedoch in der Nacht vom 3. zum 4. Juni einen Selbstmordversuch.

Stat. pr. E. ist mittelgross, kräftig gebaut, schlecht genährt, blass. Gesicht und Haltung schlaff, klagt stets über heftigen Hinterkopfschmerz, Schädel normal gebaut; die Augenlider hängen herab, das rechte tiefer, als das linke. Pupillen anfangs ungleich, schwach auf Licht reagirend. Zunge zittert manchmal etwas, Puls regelmässig, 100—120. Bewegungen und Sprache langsam; Sehnenreflexe stark entwickelt, nirgends Spuren früherer Syphilis. In geistiger Beziehung sucht er stets Ruhe auf; giebt nur dürftige, oder gar keine Antworten, scheint zu halluciniren. Beantwortet die einfachsten Fragen in Bezug auf frühere Erfahrungen und alltägliche Vorkommnisse falsch. Dagegen ist sein Handeln ein zielbewusstes, auch macht er Mitgefangenen ausführliche Mittheilungen über sein Vorleben.

Gutachten. Explorand ist entschieden krank. In geistiger Beziehung fällt absolute Gedächtniss- und Urtheilschwäche auf. Es kann sich um sogenannte primäre Demenz, oder paralytische Demenz, oder syphilitische Geistesstörung handeln. Von allen drei Formen von Geistesstörung weichen die Symptome bei E. sowohl körperlich, wie geistig ab. E. ist daher ein Simulant, jedoch gleichzeitig mit einem nervösen Kopfleiden behaftet. E. leidet an einer gewissen Form von Hypochondrie; verhandlungsfähig ist derselbe vorläufig nicht.

Krankengeschichte. Ende Juli 1881. Patient spricht mehr, aber langsam. Er erhält täglich 3 Gr. Kal. jod., sowie Kopf- und Rückenbrausen. Aug. Bessere Orientation über Ort und Zeit, Zunahme der Ernährung.

Sept. Er zeigt sich wieder von gutem Urtheil, nur die Ursache der Verhaftung ist ihm unbekannt. Er ist oft heiter, nur manchmal hypochondrisch verstimmt. Ein zweites Gutachten findet den körperlichen und geistigen Zustand des E. bedeutend gebessert und erklärt ihn jetzt für verhandlungsfähig. Das frühere Gutachten wird dahin ergänzt, dass E. die Strafthaten in geistig normalem Zustande begangen hat; dass sein angeblicher Errinnerungsdefekt auf Simulation beruht, dass er jedoch als chronisch nervenkrank mildere Beurtheilung verdient. Schliesslich wird er für haftfähig erklärt und am 25. 10. zu 5. Jahren Zuchthaus verurtheilt. Im Gefängniss verschlimmert sich sein geistiger und körperlicher Zustand; es tritt Gedächtnissschwäche und Aphasie auf, ausserdem Lungenleiden. Am 16. 5. 1883 wird E. wieder in die Irren-Heilanstalt gebracht und die Diagnose auf eine Geschwulst gummöser Natur im Gebiete der linken fossa Sylvii gestellt. Sein Zustand verschlimmert sich immer mehr; es treten Lähmungen von Gehirnnerven und rechtseitige Hemiplegie auf, zuletzt Coma und Tod am 29. 5. Die Section ergiebt im Wesentlichen: Käsige Geschwülste (Gummi) des Gehirns, des linken pectoralis major und der linken Niere, ausgedehnte Erweichung der linken Hemisphäre in der Nachbarschaft der Geschwulst. Pachymeningitis interna haemorrhagica. Induration der Inguinal-Drüsen. Bronchitis. Bronchopneumonia duplex. Extravasate an der Oberfläche des Schädels.

Es folgt eine längere Epikrise, in welcher namentlich darauf hingewiesen wird, dass Simulation von Geisteskrankheit nur bei geistig abnormen Menschen vorkommt und deshalb mildere Beurtheilung des Strafactes in Anspruch nimmt. Landsberg (Ostrowo).

IV. Aus den Vereinen.

I. Société médicale des Hopitaux.

Sitzung vom 23. April 1886. (Le Progrès méd. Nro. 18. 1886.)

398) **Joffroy** berichtet über eine junge Patientin die an einer *besondern Form von Muskelatrophie* erkrankt ist. Vorher ganz gesund, erkrankte sie im Alter von 5 Jahren an Scharlachfieber und sieben oder acht

Monate später konnte sie nur mit Mühe gehen. Es stellte sich eine eigenthümliche Schlaffheit der beiden Füsse ein, die sich alsbald zu Klumpfüssen gestalteten. Trotz Anlegung orthopädischer Apparate trat Verschlimmerung ein, die Füsse wurden vollständig gelähmt, dann wurden die Beine ergriffen, welche erheblich atrophirten. Mit 11 Jahren wurden die Hände schwächer und nahmen die Krallenstellung an; sämmtliche Handmuskeln waren bedeutend atrophirt, ebenso fast alle Muskeln des Unterarms. Dagegen waren die Muskeln des Oberarms, der Schultern, des Gesichts und des Stammes intact. Die erkrankten Muskeln reagirten weder auf den galvanischen noch auf den faradischen Strom und einige zeigten deutlich Entartungsreaktion. Die Temperatur war im Bereiche der afficirten Muskeln herabgesetzt. J. schlägt vor, diese Form der Muskelatrophie *juvenile Atrophie der Extremitäten* zu nennen. Sie als familiale zu bezeichnen, wie Charcot und Marie es thun (wegen des häufigen Vorkommens der Krankheit bei mehreren Glieder ein und derselben Familie) scheint J. nicht passend, da die Affection auch isolirt auftreten kann. — Behandelt wurde Pat. mit Electricität, localen warmen Bädern, Massage und Immobilisation der Unterarme (mittelst eines Brettchens nur während der Nacht). Nach einiger Zeit trat eine bemerkenswerthe Besserung ein.

399) **Debove** hat ein junges Mädchen beobachtet, bei dem zeitweise langdauernde Fieberanfälle auftraten, während welcher die in der Achselhöhle gemessene Temperatur bis auf 39° und sogar bis auf 41,3° stieg. Trotz sorgfältigster Untersuchung konnte in keinem Organe irgend welche Erkrankung nachgewiesen werden. Die Temperatur kehrte wieder plötzlich zum Normalen zurück. Bei dieser Gelegenheit fragt D., ob die Hyperthermie an sich wirklich fähig ist, auf die Gewebe eine so schädliche Einwirkung auszuüben, wie gewöhnlich angenommen wird. Der eben angeführte Fall scheint eher das Gegentheil zu beweisen, und obgleich es sich hier um eine Hysterica handelt, darf wohl nicht angenommen werden, dass ihre Organe anders functioniren als die eines gewöhnlichen Individuums. Rabow (Berlin.)

II. Académie des sciences de Paris.

Sitzung vom 8. März 1886. (Union médical 1886 Nro. 35.)

400) **Gombault** überreicht durch Charcot eine Note über den Character der Initialstadien der alcoholischen Neuritis. Er fand zwischen den Fasern, welche die der Waller'schen analoge, wenn nicht identische, Degeneration zeigten, einige wenige Fasern, in welchen die Myelinscheide fein emulsionirt war; manchmal waren die producirten kleinen Fettpartikel zusammengedrängt durch voluminöse Zellen, welche im Innern der Schwann'schen Scheide eine wahre Muffe granulöser Körper bildeten. Die Axencylinder waren hier im Gegensatz zu den Fasern mit Waller'schen Degeneration erhalten. H. betont dass eine ähnliche Verbindung zweier differenten Läsionen sich findet bei der Neuritis saturnina und wie ausser ihm Mayn und Gaucher gezeigt haben auch bei der diphteritischen Paralyse.

Sitzung vom 15. März. 1886. (Union médicale 1886 Nro. 39.)

401) **Wertheimer** theilt Beobachtungen über den Sitz des Respirationscentrums mit. Nach Durchschneidung der medulla zwischen erstem und zweitem Halswirbel soll nach früheren Erfahrungen (Brown-Séquard und Langendorff) die Respiration aufhören, jedoch Ausnahmsweise bei neugebornen strychninisirten Hunden fortbestehen. W. hält das Verfahren zur Aufsuchung des Respirationscentrums für incorrect wegen der Anwendung des die regelmässige Function der Nervencentren störenden Stıychnins. Er erhielt bei erwachsenen Hunden noch ein oder zwei Stunden nach der Durchschneidung des Halsmarks zwischen erstem und zweitem Wirbel von neuem Respirationsbewegungen wenn er „wartet bis die Spinalcentren ihre Activität wieder erlangt hatten und bis zu diesem Augenblick künstliche Respiration ausführte." Die Frequenz der Athemzüge, die oberflächlich und ungleichmässig sind, schwankt zwischen 30 bis 90 in der Minute. Es giebt verschiedene Centren für die Inspiration und die Exspiration, die von unten nach oben sich wiederbelebend, sich anfänglich oft nur durch ausschiessliche Contraction der Bauchmuskulatur zeigen.

W. zieht den Schluss, dass es obige zwei Arten Centren für die Inspiration und für die Exspiration in der medulla giebt und dass diese allein für sich rythmische Impulse den Respirationsmuskeln sendet ohne durch ein Reizmittel dazu aufgefordert zu sein. Der Character der Respirationsbewegungen zeigt an, dass der Bulbus einen moderirenden und regulirenden Einfluss auf diese ausübt und dass seine Rolle somit bei der Respiration und Circulation identisch ist.

Rohden (Oeynhausen).

III. Société médicale des hôpitaux de Paris.

Sitzung vom 12. Febr. 1886. (Union médicale Nro. 23. 1886.)

402) **Debove** führt einen bereits durch ihn und Féréol erwähnten männlichen, kräftigen Hysteriker vor, der leicht hypnotisirbar ist. Als er ihm unerträglich geworden entliess er ihn aus seiner Klinik, nachdem er ihm im hypnotischen Schlaf eingeflösst hatte, er werde am selben Abend gelähmt werden und zu ihm seine Wiederaufnahme erbittend kommen. Er brach am Abend gelähmt zusammen, wurde in Féréol's Hospital aufgenommen und luetisch ohne Erfolg behandelt. Er kehrte zu Debove zurück, der eine Paraplegie mit bizarrem Character als sein Werk erkannte. Diese Kranken reproducirten, das, was sie bei verschiedenen Arten Gelähmter gesehen haben, als eine Mischung von Symptomen. Debove gelang es sogleich die Lähmung aufhören zu lassen.

Féréol bestätigt D.'s Vortrag und gibt an, dass der Kranke bei der Aufnahme in seine Klinik den Patellarreflex nicht aufwies, während er nach einigen Tagen wieder erschien.

Debove führt darauf den Kranken vor, den er vorübergehend taub macht, ihm tabetische Gangart giebt, ihn zur normalen Gangart zurückkehren lässt; schliesslich suggerirt er ihn während des hypno-

tischen Schlafes, dass er nach dem Erwachen eine Quantität starken Bitterstoffes nimmt und, wie gewünscht, diesen für süss wie Zucker erklärt.

Rohden (Oeynhausen).

IV. Midland Medical Society.

Sitzung vom 3. Febr. 1886. (The Britisch Medic. Journ. 27. Febr. 1886.)

403) **Suckling**: *Functional anästhesia of hand.* Bei einem Manne trat unmittelbar nach einem plötzlichen gewaltsamen Zuge am linken Arme Anästhesie und Parese der betreffenden Hand ein, ohne trophische und electrische Störungen. Das einzige Symptom, welches vielleicht auf eine Wurzelverletzung des plex. brachial. deutete, bestand in Erweiterung der linken Pupille (Reizung der Wurzel des I. Dorsalnerven). Verf. hält die Erkrankung für eine functionelle, da sie schnell nach Faradisation schwand, vor Allem aber, weil Pat., wenn ihm bei verbundenen Augen ein Zeichen auf der Hand innerhalb der anästhetischen Partie gemacht war, nach Augenöffnung normales Gefühl bis zu diesem Zeichen herab zeigte.

Voigt (Oeynhausen).

V. Sheffield Medical-Chirurg. Society.

Sitzung vom 11. Febr. 1886: (The Britisch Medic. Journ. 27. Febr. 1886.)

404) **Porter**: *Double wrist-drop and paralysis of extensor of feet (lead).* Lähmung beider Hände und der Fussextensoren durch Bleivergiftung.) Die Bleilähmung betraf die Daumen- und Handgelenk-Muskeln, die Extensoren der Zehen und den Peron. tertius (in geringerem Grade auch den tibial. antic.). Einige Carpalknochen ragten stark hervor, indem sie in Folge der Flexorenwirkung bei mangelndem Widerstande der gelähmten Extensoren etwas dislocirt waren.

Voigt (Oeynhausen).

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Klingenmünster, II. Assistenzarzt, sofort, 1200 M. und freie Station. 2) Dalldorf, Volontairarzt, sofort, 600 M. und fr. Stat. 3) Bonn (Prov. Irren-Anstalt), Volontairarzt, 1. Juli, 600 M. und freie Station. 4) Roda (Sachs.-Altenburg), Assistenzarzt, sofort, 1000 M. und freie Station. 5) Nietleben (bei Halle a. S.), Volontaiarzt, 1200 M. und freie Station. 6) Heidelberg (Psych. Klinik), Assistenzarzt, sofort, 900 M. und freie Station. 7) Saargemünd, Assistenzarzt, sofort, 1000 M. und freie Station. 8) Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt für Nervenkranke zu Bendorf, Assistenzarzt, sofort.

Berufen. Dr. Kraepelin in Dresden zum Professor nach Dorpat.

Todesfall. Professor Dr. v. Gudden in München.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 13).

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke“ zu Bendorf bei Coblenz.

9. Jahrg. 15. Juli 1886. Nro. 14.

Inhalt.



I. Originalien.

Ein Fall von Hyperidrosis unilateralis.

Von Dr. med. J. FRIEDLAENDER,
Assistenzarzt der Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt in Bendorf am Rhein.

(Schluss.)

Das vorliegende Krankheitsbild setzt sich somit, um dies in Kürze zu recapituliren, im wesentlichen aus drei Cardinalsymptomen zusammen: einer übermässigen Schweissproduction der rechten Gesichtshälfte, einer gleichzeitigen intensiven Röthung und Temperaturerhöhung derselben, und einer rechtseitigen Mydriasis. Die Coïncidenz dreier so bedeutungsvoller Symptome macht es von vornherein unwahrscheinlich, dass es sich um ein zufälliges Zusammentreffen derselben handle und legt uns die Vermuthung nahe, dass ihnen eine gemeinsame Quelle zu Grunde liegt; und in der That, schon bei Betrachtung des ersten und wichtigsten Symptomes, das uns lebhaft an Claude-Bernard's bekanntes Experiment erinnert, durch Durchschneidung des Hals-Sympathicus bei Pferden einseitigen Schweiss am Halse hervorzurufen, drängt sich uns sofort der Gedanke auf, dass wir es in unserem Falle mit einer neuropathischen Affection und zwar, dem Thierversuche analog, im Halstheile des Sympathicus zu thun haben. Um indessen nicht in den von Möbius[39]) gerügten Fehler zu verfallen, den Sympathicus für allerhand heterogene Veränderungen verantwortlich zu machen, die in gar keiner nachweisbaren Beziehung zu ihm stehen, „eine Neigung, welche vielleicht in Erregung der Phantasie durch den wohltönenden und geheimnissvollen Namen Sympathicus ihre Erklärung findet“, wollen wir uns erst in kurzem vergegenwärtigen, was wir aus der Physiologie und experimentellen Pathologie des Hals-Sympathicus, einem Kapitel, in welchem noch immer viel Dunkelheit herrscht, über seine Functionen und deren Störungen bisher sicheres und positives auf unser Thema bezüglich wissen: Wir bezeichnen (nach Henle[40]) als nervus sympathicus cervicalis den oberen Abschnitt des sympathischen Grenzstranges bis unterhalb des ganglion cervicale inferius nebst den zum Rückenmark gehenden rami communicantes. Dieser Hals-Sympathicus setzt sich einerseits fort in seine peripheren Aeste, andererseits in cerebrospinale Bahnen. Erstere interessiren uns hier nicht, über den Verlauf der letzteren sind unsre auf den Thierversuch und pathologische Erfahrungen gestützten Kenntnisse zum Theil noch mangelhaft und unsicher. Wir wissen, dass sie in der Hauptsache durch die rami communicantes, welche als Wurzeln des Sympathicus bezeichnet werden, mit den vorderen und hinteren Rückenmarkswurzeln in das Rückenmark eintreten, dass sie in demselben aufsteigen und dann, wahrscheinlich zunächst ungekreuzt, in der Medulla oblongata in Verbindung mit dem vasomotorischen und mit dem oculopupillären Centrum treten. Von diesen Centris wiederum ausstrahlend versorgt nun eine Gruppe sympathischer Fasern, aus vasomotorischen Aesten bestehend, nachdem sie (nach Budge) den pedunculus cerebri durchsetzt — weiter lässt sich ihr peripherer Gang nicht genau verfolgen — hauptsächlich die Gefässe des äusseren Ohres, je einer Kopf- und Gesichtshälfte (Claude-

Bernard); der Hirnhäute, vielleicht auch der Substanz der grossen Hemisphären (Donders und Callenfels), ob nur mit gefässverengernden oder auch mit gefässerweiternden Nerven, ob in gekreuztem oder ungekreuztem Verlaufe, ist noch dahingestellt. Die andere Gruppe, oculopupilläre Bahnen, die höchstwahrscheinlich[41]), mit den ersteren, den vasomotorischen, nicht eine gemeinsame Route einschlagen, entstammen, wie jene, dem Rückenmark, aus welchem sie (nach Budge) durch die 2 obersten Dorsal- und die 2 untersten Cervicalwurzeln in den Grenzstrang eintreten und gelangen dann — auf welchem Wege, ist noch nicht erforscht — in die Schädelhöhle, um sodann, wahrscheinlich mit dem ersten Aste des Trigeminus, zum Auge und zwar zum Dilatator pupillae zu verlaufen. Ausser diesen beiden wichtigen Districten auf dem Gebiete des Hals-Sympathicus, interessirt uns aber hier noch ganz besonders ein Ergebniss neuerer Forschung, die sogenannten „Schweissfasern". Diese Nerven deren anatomische Lokalisation wir Nawrocki[42]) verdanken, treten aus dem Rückenmark stammend in den Brust-Sympathicus ein, steigen von da durch das Ganglion stellatum zum Halstheil auf, anscheinend mit den Gefässnerven in gleicher Bahn (Landois) verlaufend, und legen sich schliesslich im Kopftheil den Aesten des Trigeminus an. Gehen wir nun mit einigen Worten auf ihre physiologische Function ein: dass „die Secretion des Schweisses nicht weniger als die der Thränen und des Speichels unter dem directen Einflusse des Nervensystems stehe, dass sie eine bilateral-symmetrische Nervenfunction sei" (Adamkiewicz[43]) und dass sie unabhängig von der Circulation resp. dem Füllungszustande des entsprechenden Gefässbezirkes sei, kann durch die bekannten überzeugenden Versuche von Luchsinger, Goltz, Ostroumow und Vulpian, wie auch die wissenschaftliche Erklärung des Todesschweisses durch Adamkiewicz, als sichergestellt erachtet werden. Ebenso wenig kann bei dem gegenwärtigen Stand physiologischer und experimentellpathologischer Erfahrungen darüber noch ein Zweifel herrschen, dass es für den Menschen speciell der Sympathicus ist, der die Rolle eines selbständigen Schweissnerven spielt, derart, dass seine Reizung Schwitzen verschiedener Hautbezirke des Kopfes bewirkt — als ein gewichtiges Argument sei dafür noch der in Eulenburg's Encyclopädie citirte, höchst interessante Fall von Wood hier erwähnt, der gleichsam einen Controlversuch am Lebenden repräsentirt: Derselbe beobachtete an einem Patienten, bei welchem intraabdominelle Tumoren auf den plexus solaris des Sympathicus drückten, dass derselbe, je nachdem er sich auf den Rücken, oder auf eine Seite legte, nach Belieben Schweiss am ganzen Körper oder halbseitig hervorzurufen im Stande war.

Kann somit der Satz als sicher gelten, dass der Sympathicus in bestimmter Weise die Schweisssecretion, den Füllungsgrad der Gefässe, den Weitezustand der Pupille seiner Kopfhälfte beherrscht, was übrigens auch durch Versuche von R. Wagner, H. Müller (1859)[44]) und G. Fischer[45]) (1876) an den Köpfen eben Hingerichteter bestätigt wird, so sind wir auch berechtigt, eine bezügliche, sei es vorübergehende, sei es dauernde Abweichung von der Norm auf eine Veränderung, im

weitesten Sinne des Wortes, im Sympathicus, eine Alteration desselben irgend welcher Art zurückzuführen, wir sind berechtigt, in Fällen, wie der unsrige, wo wir einseitig eine Anomalie der Schweissabsonderung, eine Pupillenerweiterung, Gefässüberfüllung constatiren, auf Grund physiologisch-anatomischer Thatsachen den Ausgangspunkt des Uebels in einer pathologischen *Affection* des gleichseitigen Halssympathicus, vielleicht einer nachweislichen anatomisch localisirten Läsion, vielleicht nur einer Neurose, einer functionellen Störung ohne gröberes pathologisch-anatomisches Substrat an irgend einer central oder peripher gelegnen Stelle seiner Bahn zu suchen. Man könnte dagegen einwenden, dass analoge Erscheinungen, wie in unserem Falle und die ihnen entgegengesetzten, kurz alle sogenannten „Sympathicussymptome" häufig auf reflectorischem Wege entstehen, ohne direct auf einem abnormen Zustande im Sympathicus zu beruhen, dass man z. B. Stirnschweisse, Erblassen oder Röthung des Gesichts, Erweiterung oder Verengerung der Pupillen durch Cauterisation der Hirnrinde[46]) experimentell erzeugen kann, doch ist dieser Einwand hier nicht zutreffend und vermag unsere begründete diagnostische Annahme nicht umzustossen, denn wenn solche Phänomene auf reflectorischer Basis entstehen, so müssen sie, vor allem aber die Pupillenveränderung, das constanteste Symptom bei jeder Sympathicusaffection, beim *Gesunden* stets *doppelseitig* auftreten. Unser Fall aber, der eine sonst kerngesunde Person betrifft, ist grade durch die exquisiteste Einseitigkeit aller Symptome characteristisch und so können wir schon deshalb an Reflexvorgänge dabei nicht denken. Anders ist es bei Kranken. Bei solchen sind einseitige Reflexe wohl möglich, und es ist daher in den Fällen, wo einseitige Schweissproduction mit Pupillenveränderung u. A. neben einer den Vordergrund einnehmenden constitutionellen, meist cerebralen Krankheit besteht, eine reflectorische Genese als erklärendes Moment, wie wir gern zugeben, nicht unbedingt auszuschliessen, und darum haben wir bereits in unsrer Eingangs gegebenen Casuistik der Hyperidrosis unilateralis sorgfältig alle die Fälle als in unserm Sinne nicht eindeutig ausgeschieden, in denen es sich um auch anderweitig Kranke, mithin nicht den normalen physiologischen Bedingungen unterworfene und durch ihre Constitution praedisponirte Individuen handelte.

Wir gelangen damit zur Erörterung der nächsten, schwierigen Frage, die sich uns aufwirft: Mit was für einer Affection haben wir es zu thun? Welcher Natur ist sie und wo ist ihr Sitz? Haben wir eine Lähmung, eine paralytische, wenigstens paretische Beschaffenheit oder einen Reizzustand, eine irritative Neurose des Sympathicus, — ein drittes ist nicht möglich — vor uns? Eine Reizung des Halssympathicus muss infolge von Erregung seiner specifischen Schweissfasern, seiner vasoconstrictorischen und seiner oculopupillaeren, den Dilatator iridis innervirenden Fasern auf der betreffenden Gesichtsseite Hyperidrosis, Blässe und Kühle der Haut infolge von Gefässverengerung, und Pupillenerweiterung zur Folge haben, umgekehrt eine Lähmung: Anidrosis, Hyperämie mit Röthung und Temperatursteigerung der Haut, und Myosis. Wie es sich dagegen Nicati[48]) der ein practisch ganz unhaltbares Schema von 3 verschiedenen Perioden der Sympathicus-Paralyse auf-

stellte, bei der Annahme schweisserregender Nervenfasern im Hals-Sympathicus vorstellt, dass Lähmung desselben Hyperidrosis bewirken könne, ist gradezu unverständlich. Wir haben nun in unserem Falle Hyperidrosis, Mydriasis, aber dabei — und darin besteht eine Incongruenz der Erscheinungen — Gefässerweiterung, also zwei Symptome eines Reizzustandes, und ein Symptom einer Lähmung sympathischer Fasern. Wenn man nun selbst in Rechnung zieht, dass die vasomotorischen Fasern auf anderen Wegen verlaufen, wie die übrigen, was wiederum für die Schweissfasern kaum zutrifft, so kann man sich zwar vorstellen, dass Reizungserscheinungen an einer dieser Fasergruppen isolirt vorkommen oder dass bei unwegsamer Beschaffenheit, also einer Lähmung gleichem Zustande einer Bahn eine andre ganz intact bleiben kann, aber dass gleichzeitig hier eine Lähmung, dort eine Reizung bestehen sollte, wo man nicht einmal für das eine von beiden ein greifbares anatomisches Substrat hat, diese Eventualität dürfte kaum denkbar erscheinen. Vielleicht liesse sich der Widerspruch auf folgende Weise lösen: die Speichelsecretion geht völlig unbeeinflusst von der Blutcirculation lediglich durch die Thätigkeit specifischer Secretionsnerven vor sich. Trotzdem beobachtet man bei Reizung der letzteren — für die Submaxillardrüse ist es der n. facialis — regelmässig eine ganz bedeutende Erweiterung und damit Hyperämie der Drüsengefässe. Man ist daher consequenter Weise gezwungen, anzunehmen, dass in dem facialis ausser den Secretionsfasern auch noch gefässerweiternde Fasern enthalten sind und mit gereizt wurden. Aehnlich hier. Wir haben als Resultat der Reizung specifischer Schweissfasern im Sympathicus, eine einseitige Hyperidrosis vor uns. Wir wissen aber ferner, dass die Schweisssecretion ganz unabhängig von dem Zustande der Blutvertheilung erfolgt; wenn wir nun dennoch, wie in unserem Falle, gleichzeitig mit der Schweisseruption das Auftreten aller Anzeichen einer ausgesprochnen localen Hyperämie constatiren, dann können wir daraus nur den Schluss ziehen, dass dieser Blutüberfüllung die gleiche Ursache, nämlich Sympathicus-Reizung zu Grunde liegt, d. h. wir müssen vermuthen, dass neben den bekannten verengernden im Sympathicus auch gefässerweiternde Fasern enthalten sind, die bei seiner Reizung so gut, wie die Schweissfasern, auch ihrerseits reagiren, wir vermuthen, dass der abnorm hochgradige Füllungszustand der Gefässe nicht auf einer passiven, durch Lähmung der gefässverengernden Nerven hervorgebrachten Fluxion nach deren Gebiet basirt, sondern eine active, durch Reizung gefässerweiternder Fasern bedingte Hyperämie darstellt. Freilich ist die Annahme vasodilatatorischer Nervenfasern im Sympathicus eine sehr gewagte, da sie (beim Hund[49] sind dieselben schon einmal gefunden), beim Menschen physiologischer und anatomischer Grundlage vorläufig entbehrt, aber wir werden folgerichtig zu dieser Annahme hingedrängt und sie gestattet uns wenigstens den Versuch, einen Punkt zu erklären, der sonst völlig dunkel bleiben würde.

Noch ein wichtiges Moment ist es, das uns bestimmen muss, eine *Reizung* des Sympathicus zu behaupten: die Erscheinungen, die wir an unsrer Kranken beobachten, die abnorme Schweissproduction, die gleichzeitige Hyperämie und Mydriasis in der rechten Gesichtshälfte,

sind von ausgesprochen periodischem, flüchtigem Typus, wir haben es mit Anfällen zu thun, zwischen welche mehr oder minder lange, freie Intervalle intercurriren. Diese Periodicität des Uebels können wir uns im Sinne einer irritativen Sympathicusaffection mit nicht continuirlich erfolgenden Impulsen recht wohl erklären; wir haben dafür Paradigmen an vielen physiologischen Vorgängen des Nervensystems z. B. der Thätigkeit des Pancreas, und auch in der Pathologie Analoga im Tic douloureux, der Ischias und anderen Neuralgien — wie aber sollte eine blos zeitweilige Störung, ein intermittirendes Leiden, auf *Lähmung* eines Nerven beruhen können?

Die Frage allerdings, woher die Reizungsphänomene an unserem Sympathicus schliesslich kommen, welche eigentlich die letzte Ursache der Erscheinungen sein mag, können wir kaum beantworten. Nicht das geringste ätiologische Moment bietet sich uns als Anhaltspunkt. Die Annahme einer Entstehung durch ein Trauma, wie in den schönen, gradezu schematischen Fällen von Seeligmüller[50]) oder durch Compression des Sympathicus durch Geschwülste (s. den Fall von Wood) wird weder durch die Anamnese noch durch die kleinste Narbe[51]) am Halse berechtigt. Guttmann[52]) vermuthet in einem dem unsrigen ähnlichen Falle einen primären, chronisch entzündlichen Zustand des Halssympathicus; aber man kann wohl kaum an eine so isolirte Neuritis glauben, die eines Tages spontan entsteht und auf einen Abschnitt eines einzigen Nerven beschränkt bleibt. Man spricht in solchen Fällen wohl auch von einer rheumatischen Affection — diese Bezeichnung hat aber nur den Vorzug, nach keiner Richtung hin vorzugreifen, erklärt wird durch sie nichts. Berger[53]) sieht bei seinem Patienten in der Ephidrosis „eine semiotisch interessante Erscheinung als Zeichen allgemein-nervöser functioneller Störungen in Folge langjähriger Onanie," ähnlich beschuldigen Messedaglia und Lombroso[54]) in ihrem Falle Excesse in Venere — an dergleichen ist bei unsrer Kranken nicht zu denken. Knecht[55]) suchte bei seiner Patientin, die wie die unsrige viele und zum Theil schwere Geburten durchgemacht hatte, den Ausgangspunkt des Leidens in einer „vielleicht reflectorisch von den Sexualorganen her bewirkten Ueberreizung des Sympathicus"; aber wenn jede multipara zur Hyperidrosis praedisponirt sein sollte, dann könnten die Hyperidrosen nicht so selten sein. Ein aetiologisches Moment auf das wir besonders aufmerksam machen, weil es ein interessantes Licht auf den Antagonismus zwischen Schweiss- und Harn-Secretion wirft, ergab sich bei der Section des von Meschede[56]) beschriebenen Falles von Hemidiaphorese, nämlich eine beiderseitige Hydronephrose, sodass der Autor mit Recht in „der halbseitig abgegrenzten Schweisssucht des Gesichts ein für die ausgefallene Nierenfunction vicariirendes Phänomen" vermuthen durfte. Auch eine solche Eventualität muss leider in unserem Falle wegen der völlig normalen Verhältnisse des uropöetischen Systems ausgeschlossen werden. Und so bleibt uns denn bei der Unmöglichkeit, irgend eine organische Veränderung gröberer oder feinerer Art am Sympathicus aufzuweisen oder doch die Existenz einer solchen plausibel zu machen, nur der eine Ausweg übrig, eine primäre bloss

functionelle Affection im Hals-Sympathicus und zwar eine habituelle Innervationsstörung, die sich zeitweilig in Reizerscheinungen auf seinem Gebiete documentirt, oder mit andern Worten „eine idiopathische Irritations-Neurose des Hals-Sympathicus" in unserem Falle zu supponiren.

Einige bisher noch nicht beachtete Symptome an unsrer Kranken verlangen noch eine nähere Erörterung: die den Schweissanfällen vorhergehenden perversen Gefühle, wie Formication, Kälteempfindung, Taubheit in der betreffenden Kopfhälfte können uns als Paraesthesieen, die z. B. als Vorboten jeder Tic douloureux-Attaque bekannt sind, nicht überraschen. Interessanter ist uns aber eine andere Begleiterscheinung, nämlich dass, ehe noch der Schweiss zum Ausbruch kommt, regelmässig das gleichseitige Brillenglas der Patientin anläuft. Während für gewöhnlich die continuirliche Absonderung der Haut so gering ist, dass das secernirte Wasser sofort auf der Hautoberfläche in Gasform übergeht, verdunstet, nimmt sie mitunter so zu, dass es zum flüssigen Niederschlag, zur Schweissbildung kommen muss. Gerade dieser Moment nun, wo die erste Form, die sog. perspiratio insensibilis, in die zweite, die perspiratio sensibilis eben überzugehen im Begriffe ist, wird uns hier in interessanter Weise durch das Beschlagen der Brille bezeichnet. Eine Andeutung einer trophischen Störung, wie sie im Gefolge von Neurosen z. B. nach Ischias nicht selten sind, kann man in dem beobachteten Ausfallen von Haaren auf der erkrankten Kopfhälfte erblicken. Was ferner den Kopfschmerz betrifft, der die Frau, wie auch in der Anamnese angegeben, häufig belästigte, so lässt sich derselbe recht wohl mit der Annahme einer bestehenden Sympathicusreizung in Einklang bringen da man ihn im Sinne der bekannten Du-Bois-Reymond'schen[57]) „Hemicrania sympathicotonica" deuten kann, und auch an dem Umstande, dass er meist auf der linken sonst intacten Kopfhälfte auftritt, kann man keinen Anstoss nehmen, wenn man bedenkt, dass sicher im Gehirn irgendwo eine Kreuzung der vasomotorischen Sympathicusfasern stattfindet, auf deren tetanischer Erregung eben jene Migräneform beruht. Auch das nicht selten beklagte nervöse Herzklopfen der Patientin kann wohl als ein Produkt eines chronischen Reizzustandes des Halssympathicus gelten. Wenn wir endlich im Anschluss daran noch auf die während der Anfälle an unserer Patientin beobachtete eigenthümliche Anomalie des rechten Radialpulses eingehen, die darin besteht, dass er bald intermittirend, bald arhythmisch erscheint, so ist in ihr jedenfalls eine zeitweilige Störung der normalen Innervation des Herzens zu erblicken. Da nun aber an dieser der Sympathicus einen wichtigen Antheil hat, so können wir auch jene Abnormität des Pulses auf eine Abnormität an ihm zurückführen und dürfen sie also für ein weiteres Symptom der von uns angenommenen Sympathicus-Neurose ansehen.

Die *Therapie* bestand in unserem Falle in der Anwendung von Arsenik, von Ergotin, von Extr. fab. Calabar., Galvanisation des Sympathicus und Faradisation, hat aber an dem Zustande der Kranken durch Jahre hindurch nichts geändert.

Zum Schlusse noch ein paar Worte über die sogenannten

pathologisch - anatomischen Befunde bei Hyperidrosis unilateralis. Die pathologische Anatomie hat darüber bisher wenig Aufschlüsse gegeben, und die betreffenden Befunde sind mit grösster Reserve aufzunehmen. Séguin[58]) z. B. fand bei der Section eines Mannes, der an Hyperidrosis sinistra gelitten hatte, *beiderseits* die Ganglienzellen des Sympathicus mit ungewöhnlich reichlichem, körnigem Pigment gefüllt, also ein ganz negatives Resultat. Dagegen constatirte Morselli[59]) auf der Seite, wo Hyperidrosis bestanden hatte eine ausgesprochene Sclerose und Fettdegeneration des Halssympathicus. Fränkel[60]) sieht ein anatomisches Substrat der Hyperidrosis unilateralis in der Bildung „abnormer, die Gefässe der sympathischen Ganglien als varicöse Erweiterungen umgebender Hohlräume" und Ebstein[61]) gründet auf diesen Befund Fränkel's eine sehr complicirte Erklärung der Entstehung des Leidens. Indessen sind die meisten solcher aufgefundner Veränderungen wahrscheinlich ganz werthlos. Denn aus neueren Arbeiten von Giovanni[62]) und Lubimoff[63]) geht hervor, dass (cfr. Möbius[64]) bei methodischer Untersuchung man an Leichen der verschiedensten Art (nach Typhus, Pyaemie, Pellagra, Diabetes, Morb. Addisonii, Bleivergiftung, Lungenkrankheiten u. A.) anscheinend pathologische Veränderungen des Sympathicus und seiner Ganglien gefunden hat. „Der ganze Gegenstand ist — so meinen wir mit Möbius — noch so dunkel, dass es dem Kliniker nicht zu verargen ist, wenn er die Pathologie des Sympathicus nicht auf pathologisch-anatomischem Grunde aufbauen will."

Literatur.

1) A. W. Foot, On excessive sweating. Dublin. quart Journ. 1868. XC. 315—323.
2) Deutsche med. Wochenschr. 1877. Nro. 20.
3) C. Lange, Vasomotoriske og trofiske Neurosen. Hospitals Tidende R. 2. Bd. 9.
4) Dévergie, Du traîtement de la sudation des pieds et des mains. Union méd. 79.
5) Chrestien, Société centrale de médecine du Département du Nord. Séance du 13. Dézembre 1873. „Sur deux cases de Sueurs locales. Gazette hebdomadaire de méd. et de chir. Febr. 28. S. 144.
6) Dolly, „Des sueurs locales". Gazette hebdomad. de méd. et de chir. Mars. Nro. 10.
7) Ollivier, „Note sur un cas d'hyperidrose locale héréditaire". Gazette médicale de Paris 1873. Nro. 24. S. 330.
8) Verneuil, Gazette des hôpitaux 1864. 16. Avril.
9) Nitzelnadel, „Ueber nervöse Hyperidrosis und Anidrosis". Inaug. Diss. Jena 1867.
10) Nitzelnadel, a. a. O. pag. 23 ff.
11) Külz, Beiträge zur Pathologie und Therapie des Diabetes mellitus. Marburg 1874.
12) Mickle W. J., Unilateral sweating in general paralysis of the insane. Journ. of ment. Sc. July.

13) Meschede, Ein Fall von Hemidiaphoresis von Dr. Franz M., zweitem Arzt der Westpreussischen Provinzial-Krankenanstalt zu Schwetz.
14) Wiedemeister, „Ueber Ephidrosis unilateralis“ von Dr. Wiedemeister, zweitem Arzt der Provinzialständischen Irrenanstalt zu Osnabrück.
15) L. Witkowsky, „Ueber Herzleiden bei Geisteskranken“. Lähr's Zeitschrift. Bd. 32. 1875.
16) E. Morselli, Contributo alla fisiopatologia del Simpatico cervicale nell' uomo. Lo Sperimentale 1876. 7 S. 30.
17) Sydney Ringer and J. S. Bury, The effects of Pilocarpin (the alkaloid of Jaborandi) on two cases of unilateral sweating. Practitioner 1876. Dezember.
18) Messedaglia e Lombroso (Verona). „Caso di cromidrosi“. Rivista clin. di Bologna. Luglio. p. 205.
19) Chevalier, Thèse de Paris 1867. „Paralysie vasomotrice dans l'hémiplégie“.
20) Nitzelnadel, a. a. O.
21) Ernst Remak, Privatdocent in Berlin. „Ein Fall von localer Oberextremitätenataxie mit gleichseitiger Ephidrosis unilateralis“. März 1880.
22) Prof. Botkin, Petersburg, „Ueber die Reflexerscheinungen im Gebiete der Hautgefässe und über den reflectorischen Schweiss“. Berl. klin. Wochenschr. 1875. Nro. 7—9.
23) Möllendorf, „Ueber Hemicranie“. Archiv für patholog. Anatomie XLI. Bd. p. 385—95.
24) Benedikt, Elektrotherapie. Wien 1869. p. 186 ff.
25) „Ein Fall von Ephidrosis unilateralis“. Von Dr. Oscar Berger, pract. Arzt zu Breslau.
26) Ollivier, a. a. O.
27) Brunner, Nicolaus, „Zur Casuistik der Pathologie des Sympathicus“. Petersb. Medicinische Zeitschrift 1872. Heft 3.
28) Séguin, E. C., „Contributions to the pathological anatomy of the nervous system“. Americ. Journ. of med. sciences. Oktober.
29) Pokroffsky, „Ein Fall von Hyperidrosis unilateralis“. Berlin. klin Wochenschr. Nro. 13.
30) V. M. Dow in New-Haven in Connecticut im Boston-Journal. Vol. II. Nro. 16 „über Transpiratio unilat.“.
31) Apolant, „Ueber einen Fall von einseitigem Schwitzen (Hyperidrosis unilateralis).“ Berl. klin. Wochenschr. Nro. 47.
32) Guttmann, P., „Zur Pathologie des Halssympathicus“. Berl. klin. Wochenschr. 1875. Nro. 32.
33) Fränkel, B., „Beitrag zur Pathologie des Halssympathicus“. Inaug. Dissert. Breslau 1874.
34) Noll, „3 Fälle von einseitigem Schwitzen“. Deutsche Klinik Nro. 4.
35) Eisenmann, Jahresbericht über die Fortschritte der gesammten Medicin. 1852 III. 301.
36) Chvostek, Franz, „Beitrag zu den vasomotorischen Neurosen.

Zwei Fälle von halbseitigem Schweiss". Wiener med. Wochschr. Nro. 19, 20.
37) Nitzelnadel, a. a. O.
38) Eulenburg und Guttmann, Die Pathologie des Sympathicus. Auf physiologischer Grundlage. Berlin 1873.
39) „Zur Pathologie des Halssympathicus". Von Dr. Paul Julius Möbius. Berl. klin. Wochenschr. 1884 Nro. 15—18.
40) Vergl. im ff. Henle, Handbuch der systemat. Anatomie. III. p. 553—577. 1868.
41) Eulenburg und Guttmann, „Die Pathologie des Sympathicus". Berlin 1873.
42) Nawrocki, Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften 1880. p. 949.
43) Adamkiewicz, A., „Die Secretion des Schweisses, eine bilateral-symmetrische Nervenfunction". Berlin 1878. A. Hirschwald.
44) Eulenburg und Guttmann, Die Pathologie des Sympathicus. Berlin 1873. S. 44, 55.
45) Möbius, a. a. O.
46) Brown-Séquard, Archiv de physiol. 1875.
47) Seeligmüller, A., „Zur Pathologie des Sympathicus". Deutsches Archiv. Bd. 20.
48) William Nicati, „La paralysie du nerf sympathique cervicale". Dissertation inaugurale présentée à la faculté de médecine de Zürich. 1873.
49) Dastre und Morat bei Landois, Lehrbuch der Physiologie des Menschen. 1881. p. 996.
50) Seeligmüller, a. a. O.
51) Ogle, Lancet, 17. April 1869. — Med. chir. transactions. I. II. p. 151—177 („a case illustrating the physiology and pathology of the cervical portion of the sympathic nerve".)
52) P. Guttmann, „Zur Pathologie des Halssympathicus". Berlin. klin. Wochenschr. 1875. Nro. 32.
53) Berger, a. a. O.
54) Messedaglia und Lombroso, a. a. O.
55) Knecht, Berl. klin. Wochenschr. 1874. Nro. 43.
56) Meschede, a. a. O.
57) Dubois-Reymond, „Zur Kenntniss der Hemicrania". 1859.
58) Séguin, a. a. O.
59) Morselli, a. a. O.
60) Fränkel, E., a. a. O.
61) Ebstein, Prof. W., „Ueber einen pathologisch-anatomischen Befund bei halbseitigem Schweisse". Göttingen. Virchow's Arch. Bd. 62. S. 435.
62) Giovanni, „Patologie del Sympatico". Milano. 1876. p. 373.
63) Lubimoff, Alexis, „Beitrag zur Histologie und pathologischen Anatomie des sympathischen Nervensystems". Virch. Arch. Bd. 61. Heft 2.
64) Möbius, a. a. O.

II. Original-Vereinsberichte.

I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 7. Juni 1886.*)

405) **Thomsen:** *Ein Fall von isolirter Lähmung des Blickes nach oben. Sectionsbefund.*

Vortragender berichtet über einen Fall von isolirter Lähmung des Blickes nach oben bei einem 49 jährigen Manne, der intra vitam sonst nur allgemeine nervöse Erscheinungen, die auf multiple Sclerose gedeutet wurden, dargeboten hatte. Die Augen waren in allen übrigen Richtungen frei beweglich, nur beim Blick nach oben zeigte sich eine fast complete Unbeweglichkeit. Die monokuläre Prüfung ergab, dass der Defect rechts noch etwas stärker war als links. Die Pupillenreaction war links gering erhalten, rechts fehlte sie, die Papillen waren etwas blass, eine Sehstörung bestand nicht.

Die Section ergab ausser multiplen sclerotischen Flecken im Rückenmark und in der unteren Oblongata partielle Degenerationen der Wurzeln, eine starke Ependymitis des vierten Ventrikels, sonst in Pons und Gehirn weder multiple Sclerose noch sonstige Herderkrankungen. In den inneren Organen zeigten sich deutliche syphilitische Veränderungen.

Dagegen ergab die mikroskopische Untersuchung eine gummöse Neubildung um die austretenden Oculomotoriuswurzeln herum, welche nach auswärts, wohl von der Pia ausgehend, in die Hirnschenkel hineingewuchert war und zwar links nur oberflächlich, rechts dagegen bis an den rothen Kern heran tief in die Substantia nigra hinein. Die Oculomotoriusbündel waren links ganz normal, rechts dagegen hochgradig degenerirt. Querschnitte des Stammes ergaben rechts eine starke allgemeine, links eine schwächere, partielle Degeneration. Rechts waren auch die Muskeläste im Rectus superior, der selbst gesund war, degenerirt.

Die Oculomotoriuskerne erwiesen sich beiderseits als ganz gesund. Es handelt sich also gar nicht um eine „Blick- oder Associationslähmung“, sondern vielmehr um eine peripherische Läsion beider Oculomotorii, ganz besonders aber des rechten, die sich eigenthümlicher Weise klinisch lediglich als Bewegungsstörung nach oben und zwar ohne wesentliche Differenz in der Function beider Augen geäussert hatte.

II. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 23. Juni 1886.

406) Vor der Tagesordnung stellt **Mendel** einen Kranken vor, der, an chronischer *Schwefelkohlenstoffvergiftung* leidend, folgende bemerkenswerthe Erscheinungen darbot: Seit Ende April d. J. befindet sich der Daumen in Hyperextension und der zweite und dritte Finger der rechten Hand im ersten Phalangealgelenk in leichter Beuge, in den anderen

---

*) Manuscript leider erst am 27. Juni eingetroffen. Red.

Gelenken in Streckung. Der Daumen ist stark adducirt und kann ohne Schmerz künstlich nicht abducirt werden. Der vierte und fünfte Finger sind in mässigem Grade extendirt. Die Pronation und Supination sowie die Beugung der Hand sind beschränkt. Die Sensibilität ist im Gebiete des Medianus und Radialis herabgesetzt, während der Ulnaris frei ist. Vasomotorische und trophische Störungen sind nicht vorhanden. Im Gebiete des Medianus besteht partielle Entartungsreaction. Am linken Oberarm und oberen Theile des Vorderarms bestehen Sensibilitätsstörungen und zwar im Bereiche des Radialis, des Cutaneus brachii internus und externus.

Der Kranke ist Arbeiter in einer Gummifabrik und zwar taucht er die Gummistücke in Schwefelkohlenstoff, wozu er die 3 ersten Finger der rechten und die zwei letzten der linken Hand braucht. Seit drei Jahren trat Zittern in den Händen auf. Die jetztige Stellung der rechten Hand dürfte sich aus einer Lähmung des Medianus und aus der Wirkung der Antagonisten der zwei Finger und des Daumes erklären. Doch wirken wohl noch andere Verhältnisse mit, da auch der Radialis afficirt ist. Otto (Dalldorf).

III. Referate und Kritiken.

407) **G. Fasola**: Sulla fisiologia del grande hippocampo. (Ueber die Physiologie des grossen Seepferdefusses.) (Riv. sperim. di fren. XI. 4 H.)

Fasola hat an einer Reihe von Hunden angeblich das gesammte Ammonshorn einseitig oder beiderseitig, (soll das wirklich technisch möglich sein? Ref.) exstirpirt und ist dabei zu folgenden Schlüssen gekommen:

Das Ammonshorn steht in directer Beziehung zum Sehen, Hören und Riechen, und zwar besteht in Bezug auf die beiden erstgenannten Sinnesgebiete eine partielle Kreuzung (mit Ueberwiegen der gekreuzten Beziehungen) während die für den Geruchsinn bestimmten Bahnen aus dem Ammonshorn wahrscheinlich sich nicht kreuzen oder aber möglicherweise sich theilweise kreuzen, mit gleichmässiger Versorgung beider Seiten. Obersteiner (Wien).

408) **J. Lussana**: Physio-pathologie du Cervelet. (Physio-pathologie des Kleinhirns.) (Arch. ital. de Biologie VII. fasc. II.)

Vor 35 Jahren hat Lussana die Ansicht ausgesprochen, dass das Kleinhirn als Centrum des Muskelsinnes aufzufassen sei, als Coordinationscentrum für die freiwilligen Ortsbewegungen (mouvements de translation). Alle Einwände welche man gegen diese Theorie in einer langen Periode des Kampfes vorgebracht hat, konnten sie — so schliesst L. — nur kräftigen und ihr den Character einer entschieden nachgewiesenen, sicher feststehenden Thatsache verleihen.

Obersteiner (Wien).

409) Dobrowolski (St. Petersburg): Ueber die Empfindlichkeit des normalen Auges gegen Farbentöne auf der Peripherie der Netzhaut. (Graef'es Arch. für Ophth. XXXII. 1.)

Die Resultate der vom Verf. nach einer von ihm selbst bereits früher (Arch. f. Ophth. XVIII. 1) beschriebenen Methode angestellten Versuche sind folgende:

1) Die Empfindlichkeit der Netzhaut gegen Farbentöne ist an der macula lutea am grössten und nimmt nach der Peripherie hin allmählich ab.

2) In einer bestimmten Entfernung vom Centrum schwindet die Empfindlichkeit für roth und grün ganz, während sie für blau und gelb sich bis an die Grenze des Gesichtsfeldes erhält.

3. Die Schnelligkeit der Abnahme der Empfindlichkeit ist für roth und grün in der Nähe der macula langsamer als für gelb und blau.

4) Auf der äusseren Hälfte der Netzhaut nimmt die Empfindlichkeit für sämmtliche Farben viel rascher ab als auf der inneren.

5) Vergleicht man die Empfindlichkeit für die einzelnen Farben mit einander, so ergiebt sich, dass, während an der macula die für gelb am grössten ist, dieselbe an der äussersten Peripherie von der für blau bedeutend übertroffen wird.

Alle diese Ergebnisse sind durch tabellarisch geordnete Zahlen dem Verständniss näher gebracht. Hirschmann (Köln).

---

410) Exner: Ueber die Functionsweise der Netzhautperipherie und den Sitz der Nachbilder. (Graefe's Arch. f. Ophth. XXXII. 1.)

Während die macula lutea die Wahrnehmung der Details des fixirten *ruhenden* Objektes vermittelt, dient die Netzhautperipherie der Wahrnehmung der *Bewegung*, sei es, dass diese durch Veränderungen in der Helligkeit oder Farbe oder durch Veränderung der Form des Netzhautbildes hervorgebracht wird. Nothwendigkeit für das Zustandekommen dieser Function ist eine bestimmte Geschwindigkeit, mit welcher die Veränderung vor sich gehen muss.

Im Anschluss an diese Untersuchungen vertheidigt Verf. seine bereits früher ausgesprochene Ansicht, dass die *Nachbilder* ihren Sitz in der Netzhaut haben und nicht, wie Filehne (Ueber den Entstehungsort des Lichtstaubes, der Starrblindheit und der Nachbilder, Graefe's Arch. Bd. 31) neuerdings behauptet hat, in dem Gehirn.

Hirschmann (Köln).

---

411) G. Martinotti: La picronigrosina nello studio delle alterazioni dei centri nervosi. (Das Pikronigrosin bei der Untersuchung der Veränderungen im Centralnervensysteme.) (Zeitschr. f. wissensch. Mikroskopie II. Bd. 4. Heft.)

Es wird eine concentrirte Lösung von Pikrinsäure und Nigrotin in rectificirtem Alcohol empfohlen; in dieser Färbeflüssigkeit bleiben die Schnitte mehrere Stunden, sie können aber auch ohne Schaden

Tage lang darin verweilen, hierauf werden sie in einer Mischung von 2 Theilen Alcohol und 1 Theil Ameisensäure entfärbt, bis die graue Substanz deutlich hervortritt, in Alcohol vollständig entwässert, mittelst Bergamottenöl durchsichtig gemacht, in Canadabalsam eingeschlossen. Die Vortheile welche M. seiner Methode nachrühmt sind: sehr distincte Färbung in verschiedenen Nüancen, Celloidin erscheint ungefärbt, Möglichkeit auch lang aufbewahrte und schlecht gehärtete Präparate gut zu färben, deutliches Hervortreten pathologisch veränderter Partieen u. s. w. Obersteiner (Wien).

---

412) **Th. Gelpke:** Notiz zur Anwendung der Weigert'schen Hämatoxylinfärbung auf das periphere Nervensystem. (Zeitschr. f. wissensch. Mikroskopie II. Bd. 4. H.)

Die bekannte Weigert'sche Färbungsmethode leistet auch für die Untersuchung erkrankter, speciell atrophischer peripherer Nerven ganz vorzügliches; doch kann es dabei, namentlich wenn es sich um Querschnitte handelt, leicht geschehen, dass man absolut keine Markfärbung erhält, während de facto, wie Controllpräparate mit Osmium und Carmin beweisen, nur ein partieller Schwund der Markfasern vorhanden ist. Dieser Fehler ist aber zu vermeiden, wenn man die von Weigert angegebene Ferridcyankaliumlösung zum Entfärben mindestens 50 mal verdünnt. Obersteiner (Wien).

---

413) **C. Weigert** (Frankfurt): Ueber Schnittserien von Celloidinpräparaten des Centralnervensystems. (Zeitschr. f. wissensch. Mikroskopie II. Band 4. Heft.)

Immer bemüht seine Hämatoxylinfärbung, welche einen so wichtigen Fortschritt in der mikroskopischen Technik bedeutet, zu vervollkommnen, hat Weigert nun eine Methode angegeben, um ganze ununterbrochene Serien von Schnitten aus dem Centralnervensysteme gemeinsam, ohne dass sie aus ihrer Reihenfolge kämen, mit den verschiedenen nothwendigen Reagentien zu behandeln. Diese Methode, deren Details hier nicht angegeben werden können, besteht im Wesentlichen darin, dass man die Schnitte der Reihe nach auf eine mit einer Collodiumschichte überzogene Glasplatte bringt, eine zweite Collodiumschichte darüber giesst und nun, mit den zwischen den Collodiumschichten eingeschlossenen Schnitten (die Glasplatte löst sich leicht los) die vorgeschriebenen Proceduren vornimmt; zuletzt erst werden die Stücke auseinandergeschnitten. Obersteiner (Wien).

---

414) **G. Tizzoni:** Thyreoïdectomie expérimentale sur le lapin. (Exstirpation der Schilddrüse beim Kaninchen.) (Archives ital. de Biol. VII. fasc. II.)

Bei Kaninchen (jungen und alten) wird die vollständige Exstirpation der Schilddrüse ohne jede nachtheilige Folge ertragen; weder zeigten sich Störungen von Seite des Nervensystems, noch waren Veränderungen im Blute (in soweit es sich um den Hämoglobingehalt und um das Verhältniss der rothen und weissen Blutkörperchen handelt)

nachweisbar; junge Thiere entwickelten sich ohne Thyreoidea ganz normal; eine spätere Exstirpation der Milz wird eben so gut vertragen, wie von gesunden Kaninchen. T. ist daher der Anschauung, dass die Kachexia strumipriva und die anderen Folgeerscheinungen der totalen Thyreoideaexstirpation nicht auf diese Operation zurückgeführt werden dürfen. Obersteiner (Wien).

---

415) **C. Staurenghi:** Tumore adiposo sulla eminenza quadrigemina. (Lipom der Vierhügel.) (La Riforma medica 1885. Arch. ital. p. l. mal. nerv. 1886. II.)

Ueber dem rechten hinteren Vierhügel fand sich bei einem 68 jährigen Manne ein kleines Lipom. Anschliessend an die Krankengeschichte gibt St. eine (unvollständige) Zusammenstellung der wenigen im Centralnervensysteme gefundenen Lipome. — Fast immer gehen sie vom Bindegewebe der Pia mater aus, zeichnen sich durch eine starke fibröse Kapsel aus, und überschreiten nicht die Grösse einer Nuss. Obersteiner (Wien).

---

416) **Straub** (Utrecht): Die Gliome des Sehorgans. (Gaefe's Arch. f. Ophth. XXXII. 1.)

Verf. bestätigt auf Grund mikroskopisch-anatomischer Untersuchung von mehreren Netzhaut- und Sehnerven-*gliomen* die bereits von Virchow aufgestellte Ansicht, dass diese Geschwulstform eine Sonderstellung einnehme und von dem *Sarkom* wohl zu scheiden sei. Diese kleinzelligen Tumoren gehen aus von dem eigenthümlichen Stützgewebe der Netzhaut und des Sehnerven der von Schwalbe sogenannten *Neuroglia*, welche, wahrscheinlich epithelialen Ursprungs, nicht zu dem mesodermatischen gefässführenden Bindegewebe gehört. Bei den *Gliomen* des *nervus opticus* kann dieses letztere sehr früh durch Hineinwuchern der Septa und der inneren Scheide mit ihren Gefässen die ursprünglichen Geschwulstelemente zum Schwund bringen und zur Ausbildung von *Mischgeschwülsten* Veranlassung geben. In den *Retinalgliomen* sind die Gefässe stets von Lymphspalten umgeben, so dass sie nirgends mit den Tumorzellen in engere Verbindung treten. Hirschmann (Köln).

---

417) **G. Lipari:** Caso raro di sclerosi disseminata a placche. (Seltener Fall von herdweiser Sclerose.) (La psichiatria III. fasc. 3. 4.)

Ein Fall von arythmischem Intentionszittern an den oberen Extremitäten und dem Kopfe bei einem 67 jährigen Manne den L. für herdweise Sclerose erklärt und wegen des hohen Alters des Kranken der Erwähnung werth findet. Der Kranke wurde nur kurz beobachtet, und verliess bald wieder das Spital. Obersteiner (Wien).

---

418) **Penzold u. Krecke** (Erlangen): Uebergangsform der Dystrophia muscularis progressiva Erb's. (Münch. med. Wochenschr. 1886. Nro. 16.)

Es betrifft die Schilderung denselben J. Wolf, Metzgergesellen, den Erb in der 1. Sitzung der Versammlung südwestdeutscher Neu-

rologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 22. Mai d. J. beschrieb. Abweichend vom typ. Bilde der Dystrophia muscularis progressiva sehen die Verf. den mangelnden Nachweis der Heredität, die späte Entstehung (im 34. Lebensjahre) mehrfache Unterschiede im Befallensein und Freibleiben gewisser Muskelgruppen, das Vorhandensein fibrillärer Zuckungen und vielleicht die dem Verhalten der Oberschenkelmuskeln nicht entsprechende Abschwächung der Sehnenreflexe an. Jedoch scheinen den Verf. die übereinstimmenden Punkte in dem Erkrankungsbilde eine grössere Dignität zu besitzen, als die abweichenden. Vielleicht aber gibt es Mischformen, in denen sich Ernährungsstörungen im Muskel einer- und der nervösen Bahn bis zu den Vorderhörnern andererseits entweder gleichzeitig oder nach einander entwickeln. Erb hat, wie Ref. in seinem Bericht (siehe Nro. 11 d. Centralbl. 1886), mitgetheilt, diesen Fall voll und ganz der „juvenilen“ Form zugerechnet. Fibrilläre Zuckungen hat er *nicht* beobachtet.

Goldstein (Aachen).

---

419) **Heinr. Schuster** (Arad): Hyaline (wachsartige) Degeneration der Fasern des N. medianus sin. bei Gegenwart eines lateralen Myxofibroms an demselben. (Zeitschr. f. Heilkunde Bd. VII (Prag 1886) mit einer Tafel. Sep. Abdr.)

Bei einem 28 j. Schlosser hatten sich vier Geschwülste, und zwar die erste vor 8 Jahren an der Aussenseite des linken Oberarmes in der Deltoidesgegend, bald darauf eine zweite im sulcus bicip. int. im oberen Drittheil des linken Oberarms, eine dritte am Handrücken ebenfalls der linken Seite, die vierte und letzte vor 2 Jahren an der Innenfläche des rechten Oberarms entwickelt. Seit 5 Jahren bestehende Paraesthesieen und Schmerzen der linken Oberextremität, verbunden mit klonischen Zuckungen in der Vorderarmmuskulatur hatten Arbeitsunfähigkeit bewirkt, und damit zur Aufnahme und Exstirpation der Geschwülste (Prof. Gussenbauer) geführt.

Die exstirpirten Geschwülste waren im Zusammenhang mit Nerven, von denen verschieden lange Stücke mit resecirt wurden; sie erwiesen sich als gallertige, ödematöse Fibrome oder Myxofibrome, welche den Nerven excentrisch aufsassen. Nur der n. medianus sin., der mit der Geschwulst im Sulc. bicipit. int. resecirt worden, zeigte die näher beschriebene höchst seltene Degenerationsform, während die übrigen resecirten Nerven im wesentlichen intakt waren.

Die betreffende Geschwulst war 6 Ctm. lang, und hatte einen Umfang von 11,3 Ctm. Ihre Kapsel ging am oberen und unteren Pol unmerklich in die verdickte Nervenscheide über. Das sehr abgeplattete und gedehnte, sclerotisch anzufühlende Stück des n. med. sin. lag in einer seichten Rinne, an der dem Knochen abgewandten Geschwulstfläche. Die Geschwulst zeigte den Bau des Myxofibroms mit hyaliner Degeneration des faserigen Bindegewebes, hyaliner Aufquellung der Intercellularsubstanz und hyalinen Einlagerungen in den Schichten der Gefässwände. Dieselbe Umwandlung fand sich in der Intercellularsubstanz des Nerven-Bindegewebes. Durch die starke Quellung des interfas-

culären Bindegewebes waren die Abstände zwischen den Nervenfasern vergrössert.

An den *Nervenfasern*, welche an Querschnitten und Zerzupfungspräparaten studirt wurden, fanden sich die auffallendsten Veränderungen an den dem Geschwulstdruck unmittelbar ausgesetzt gewesenen Bündeln. Theils handelte es sich bloss um mechanische Einwirkungen: der sonst kreisrunde Querschnitt des durch Osmiumsäure schwarz gefärbten Markringes ist in ein unregelmässiges Oval verwandelt, die Axencylinder gequollen; theils finden sich bedeutendere Veränderungen. Hier liegen die gequollenen, durch Carmin intensiv roth gefärbten Axencylindergruppen nicht von einer Markscheide umgeben, sondern in einer zu grösseren oder kleineren Inseln vereinigten, hellen, graugelblichen, stark lichtbrechenden, colloidartigen Substanz von theils homogener, theils äusserst feinkörniger Beschaffenheit. Diese Massen sind ein Umwandlungsproduct der Scheidenbestandtheile der markhaltigen Nervenfassern. Zahlreiche Uebergangsformen zeigen, dass die Veränderung zunächst in den protoplasmatischen Antheilen der Schwann'schen Scheide und ihrer Adnexa beginnt. Die ausgeprägtesten Degenerationsbilder finden sich an den mehr central gelegenen Nervenfasern der kleineren Fasergruppen. Zerzupfungspräparate zeigen hier plumpe, unregelmässige contourirte Nervenfasern, welche durch ihren Inhalt an die bekannten lebhaft glänzenden Ballen der Zenker'schen wachsartigen Muskel-Degeneration erinnern. In den Zwischenräumen der hyalinen Ballen liegt gequollenes, umgewandeltes Nervenmark, theils in Form einer fein granulirten Masse, theils als Myelinformationen von abenteuerlichsten Formen, an welchen die Osmiumreaction versagt hat. Die hellen homogenen Ballen zeigen keine specifische Jodreaction. Ihre Identität mit dem „von Recklinghausen'schen Hyalin" bedarf nach Verf. keiner weitläufigen Beweisführung. Den Grund für das Auftreten des Hyalin in den Nervenfasern sieht Verf. hauptsächlich in dem erhöhten Druck von Seiten der Geschwulst.

Dehn (Hamburg).

---

420) **Krönlein** (Zürich): Ueber die Trepanation bei Blutungen aus der Arteria meningea media und geschlossener Schädelkapsel.

(Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie Bd. XXIII. Heft III.)

Da die Diagnose bezüglich des Sitzes eines schweren Hindruck bewirkenden Blutextravasates bei Intactsein von Haut, Weichtheilen und Schädeldecken meist sehr schwierig wenn nicht unmöglich sei, weil das Extravasat nicht allein in der mittleren Schädelgrube, wo es am häufigsten, sondern in der hintern und zuweilen selbst der vordern Schädelgrube vorkommen, so räth K. auf Grund eigener Beobachtungen in zweifelhaften Fällen die Trepanation zunächst an der von Vogt, Beck u. A. angegebenen Stelle der Schläfengegend vorzunehmen und falls hier das Hämatom nicht gefunden wird, eine 2. Trepanationsöffnung unter dem tuber parietale anzulegen; die erstere für das Haematoma anter. u. med., die letztere für das Haemat. post.

Von seinen 4 einschlägigen Fällen wurde der 1., in welchem es sich um ein rechtss. Haemat. fronto-temp. handelte, durch Trepanation an typischer Stelle geheilt.

In dem 2. Falle (Ruptur der l. Arter. mening. media, linkss. supradural. Haematom mit contralateraler Parese des r. Facialis, des r. Armes und Beines) musste wegen enormer Ausdehnung des Blutergusses in die hintere Schädelgrube hinein, an beiden Stellen trepanirt werden. Auch hier Heilung bis auf eine während der Reconvalescenz eintretende und bleibende Trochlearislähmung l.

In dem 3. Falle (Kopfwunde r. Commotio cerebri, freies Intervall, Compressio cerebri) wurde zwar auch an 2 Stellen trepanirt und zwar zunächst an der typischen, dann 3 Ctm. höher oben und 1 Ctm. nach hinten, das Haematom aber nicht gefunden, weil es ein parieto-occipitales war. Exitus let.

Der 4. Fall, in welchem die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf ein intracraniellles Haematom der r. Art. mening. media gestellt wurde, verlief ebenfalls tödtlich, weil es sich ebenfals um ein pariet. occip. Haemat. handelte, das durch die in der Schläfe ausgeführte und nach hinten etwas erweiterte Trepanationsöffnung nicht erreicht worden war.

Bramann (Berlin).

---

421) **G. Zesas:** Zur Differentialdiagnose der Gelenkneurosen. (Centralbl. f. Chirurg. 1886. Hft. 16.)

Z. berichtet über einen Fall von Gelenktuberculose, welcher wegen mangelnder, anatom. nachweisbarer Veränderungen lange Zeit — 4½ Jahre — das Bild einer Gelenkneurose vorgetäuscht hat. 18 jähr. Mädchen, erkrankt mit anfallsweise auftretenden heftigen Schmerzen im l. Knie, Contouren normal, Beweglichkeit frei. 1½ Jahr später stat. idem. Nach weiteren 2 Jahren sehr häufige Schmerzanfälle, Schwellung und Druckempfindlichkeit des Knies: Gonitis tubercul. An der Hand dieses Falles räth Z. mit der Diagnose der Gelenkneurosen vorsichtig zu sein. (Leider fehlen hier alle Angaben über das Verhalten der Körpertemperatur während des Krankheitsverlaufes. Ref.)

Bramann (Berlin).

---

422) **Engelhardt** (Freiburg i. Br.): Zur Genese der nervösen Symptomencomplexe bei anatomischen Veränderungen in den Sexualorganen. (Stuttgart bei T. Enke 1886. 71 p.)

Verf. hat den Zusammenhang nervöser Erscheinungen mit localen Erkrankungen der Geschlechtsorgane an einer zimlich grossen Reihe von Kranken aus der Hegar'schen gynaek. Klinik zu verfolgen gesucht und berichtet 1) über 21 Fälle von groben anatomischen Veränderungen der Genitalien ohne alle nervöse Störungen; 2) über 15 Fälle (alle Nulliparae) mit nervösen Symptomen im Bereiche des Lendenmarkes ohne anatomische Veränderungen der Geschlechtsorgane; (Hier wurden stets entweder erbliche Belastung oder schlechte Gesundheitsverhältnisse in der Kindheit, überstandene schwere Krankheiten u. dgl.

nachgewiesen) 3) über 14 Fälle mit geringen anatomischen Genitalveränderungen und nervösen Lendenmarksymptomen und endlich 4) über 59 Fälle mit grossen anatomischen Veränderungen und gleichzeitigen nervösen Erscheinungen mannichfacher Art. Jede Gruppe wird durch eine Anzahl ausführlicher Krankengeschichten illustrirt.

Verf. kommt zu dem Schlusse, dass schon bei einer grossen Anzahl weibl. Individuen eine angeborene Anlage zu nervösen Leiden besteht, bei anderen eine Geneigtheit zu nervösen Störungen in der Kindheit erworben wird, die sich dann mit Eintritt der Menstruation fast ausnahmslos als Dysmenorrhoe äussert. Nervöse Beschwerden können ferner durch Schädlichkeiten verschiedener Art, die zur Zeit der Menses während der Pubertät einwirken, hervorgerufen werden. In innigem Zusammenhang mit der die nervösen Symptome begleitenden Ernährungsstörung stehen besonders zwei Affectionen der Sexualorgane, das sind Erschlaffungszustände der Beckenbauchwand und der peritonealen Haltemittel und die Catarrhe des Sexualschlauches. Die Ableitung gewisser allgemeiner Neurosen wie der Hysterie oder nur einer gewissen Form der Hysterie von einer bestimmten anatomischen Veränderung an den Genitalien widerspricht aller klinischen Erfahrung.

Bumm (Würzburg).

---

423) **Paul Berger** (Berlin): Die Nervenschwäche (Neurasthenie) ihr Wesen, ihre Ursachen und Behandlung. (Berlin, Steinitz u. Fischer.)

424) **Hugo Langstein** (Teplitz): Die Neurasthenie (Nervenschwäche) und ihre Behandlung in Teplitz-Schönau. (Wien, Wilh. Braumüller.)

425) **Averbeck** (Laubbach a. Rh.): Die acute Neurasthenie, die plötzliche Erschöpfung der nervösen Energie. (Sep.-Abdr. aus Deutsche Med. Zeitung. Berlin, E. Grosser.)

Berger bringt eine gemeinverständliche Darstellung, die obwohl sie nichts Neues bietet, doch in ansprechender Form die Krankheit und ihre Behandlung schildert.

Das kleine Büchlein von Langstein hält sich in der Schilderung vorwiegend an Erb und Arndt und bringt anhangsweise die Behandlung der N. in Teplitz, die natürlich nach denselben Principien statt haben muss, wie die Behandlung gewisser Formen von N. in Bädern überhaupt.

Averbeck hingegen will etwas ganz Neues bieten: eine acute Neurasthenie. „Klinisch ist es der Zusammenbruch der nervösen Energie der Bankerott des Nervensystems, in den schlimmsten Fällen das, was ältere Autoren mit dem Worte Nervenschlag bezeichneten. Physiologisch bietet die acute Neurasthenie das Bild der erschöpften und absterbenden Nerven nach dem Pflüger'schen Zuckungsgesetze, welches auch für das Centralnervensystem als Einheit volle Giltigkeit hat." Ueber letzteren Punkt habe ich mich bei Gelegenheit der Kritik des Arndt'schen Buches über Neurasthenie zur Genüge ausgesprochen. Uebrigens begegnen wir in dem Schriftchen von Averbeck manchen Anschauungen, die von Arndt vertreten werden; es ist das auch nicht zu verwundern, denn es trägt ja den Titel „ärztliches Kulturbild."

Aber trotzdem Arndt in hervorragender Weise „benutzt“ ist, suchen wir seinen Namen in dem Büchlein vergebens. Man findet manches Geistreiche, aber auch viel Phantasie, Dichtung und Wahrheit bunt gemischt, und vor allen Dingen vermisst man eine streng durchgeführte Definition und durch Belege erhärtete Begründung dieser „*neuen*“ Krankheit. Mit allgemeinen, wenn auch noch so geistreichen Behauptungen kann man wissenschaftlich eine neue Krankheitsform nicht begründen. Vielleicht hat das Büchlein für die Socialpolitiker mehr Interesse, als für den Arzt.

Goldstein (Aachen).

---

426) **Conrad Rieger** (Würzburg): Grundriss der medicinischen Elektricitätslehre für Aerzte und Studirende. (Jena, Gustav Fischer 1886.)

427) **W. Erb** (Heidelberg): Handbuch der Elektrotherapie.
(Zweite vermehrte Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel.)

428) **E. Remak** (Berlin): Elektrodiagnostik und Elektrotherapie.
(Sep.-Abdr. aus Real-Encyklopaedie der ges. Heilk. von Eulenburg. 2. Aufl. Wien und Leipzig. Urban & Schwarzenberg. 1886.)

Rieger's instruktives Lehrbuch verdankt seine Entstehung einem persönlichen Bedürfnisse des Autors, „dem für die Curse über Nervendiagnostik und Elektrotherapie ein literarisches Hilfsmittel fehlte, das in Kürze, aber streng systematischer Darstellung den Zuhörern die nothwendigen physikalischen und physiologischen Vorkenntnisse vermitteln sollte.“ Es ist dem Verf. ausgezeichnet gelungen, diesem Bedürfnisse gerecht zu werden — das Büchlein enthält sachlich nichts Neues, aber in der Form, in der prägnanten Kürze der Darstellung, welche die einzelnen Lehrsätze derartig mittheilt, dass der Lernende sie seinem Gedächtnisse einprägen *muss*, ist es mustergiltig. Ausserdem helfen die ausgezeichneten Chromolithographien das Verständiss des Textes wesentlich fördern, so dass der anderswo gebrauchte Ausdruck „wissenschaftliches Bilderbuch“ bezeichnend ist. Der Zweck des Büchleins scheint mir vollständig erreicht und empfehle ich es jedem, der sich die absolut nothwendigen Vorkenntnisse dieses bedeutsamen Zweiges ärztlicher Thätigkeit aneignen will. Und das sollte ja eigentlich jeder Arzt heut zu Tage. Dann aber erleichtert es auch das Studium der „Lehrbücher der Elektrotherapie“ in hohem Masse.

Erb's vorzügliches „Handbuch“ liegt in der 2. Auflage vor uns. Die glänzende Voraussage, die ihm in diesem Centralblatte 1883, pag. 106 gegeben wurde, hat sich vollkommen bestätigt. Es ist selbstverständlich allen seit den wenigen Jahren erzeugten Neuerungen gerecht geworden. Da bei der ersten Besprechung näher auf Anlage und Inhalt des Buches eingegangen ist, so möge man dort nachschlagen.

Remak hat für Eulenburg's Encyklopädie eine sachgemässe Darstellung der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie geschrieben. Es imponirt die Anzahl der herangezogenen Schriften, wenn man bedenkt, dass deren Zahl für die Elektrodiagnostik 334, für Elektrotherapie 329 beträgt.

Goldstein (Aachen).

---

429) **J. Reynolds** (Defiance, Oh.): Idiopathic headache (Idiopathischer Kopfschmerz) (The Amerikan Lancet Febr. 1886.)

Nach Verf. liegt die Ursache des Migräneschmerzes in einer Compression sensibler Nerven, die bei der hyperämischen Form der Migräne in den Meningen, bei der anämischen in den Hirnblutgefässwandungen statthat. Im Uebrigen enthält die kurze Arbeit einige Bemerkungen über Wesen, Symtome und Behandlung der Migräne, ohne etwas Neues zu bringen. Voigt (Oeynhausen).

---

430) **Jonathan Hutchinson** (London): Some moot points in the natural history of syphilis. (Einige Streitpunkte in der Naturgeschichte der Syphilis). (The British Medic. Journ. 13. Febr. 1886.)

Verf. kommt in dieser äusserst interessanten Abhandlung auch auf das *Verhältniss der Syphilis zu Erkrankungen des Nervensystems* zu sprechen. Er sagt unter Anderem, dass in Fällen *ererbter* Syphilis *Erkrankungen des Hirns sowohl als der peripheren Nerven* im Ganzen selten zur Beobachtung kommen; und wo etwa *Epilepsie* oder *Chorea* sich bei solcher finde, da enstehe immer noch der Zweifel, ob sie wirklich syphilitischen Ursprungs seien, da sie recht oft ohne specifische Symtome aufzutreten pflegten und auf die gewöhnliche (nicht syphilitische) Behandlung gebessert resp. geheilt würden; höchstens könne die Jackson'sche *Epilepsie* die Vermuthung eines syphilitischen Ursprunges in den betreffenden Fällen zulassen. Rücksichtlich der *Tabes* sagt er, dass er keinen Fall kenne, der in Folge *ererbter* Syphilis entstanden sei, woraus zu schliessen, dass die letztere die Gewebe nicht schädige oder leicht verletzlich mache. Auch den *Idiotismus* in Folge hereditärer Syphilis nennt er in Uebereinstimmung mit den meisten Autoren eine zwar vorkommende, aber nicht gewöhnliche, den congenitalen sogar als eine sehr seltene Erkrankung.

Voigt (Oeynhausen).

---

431) **Wiliam H. Day**: Remarks on incontinence of urine in childern. (Bemerkungen über incontinentia urinae bei Kindern). (The British Medic. Journ. 13. Feb. 1886.)

Nachdem Verf. kurz die Ursache der Enuresis aufgezählt (worunter auch die chronische Albuminurie), berichtet er 5 Fälle, die theils auf Faradisation, theils auf Belladonna mit Eisen und passender Diät geheilt wurden. Die Faradisation (Elektrode auf Kreuzbein und Tuber) soll lange fortgesetzt werden, nütze jedoch nichts, ebensowenig wie alle andere Mittel, bei Enuresis, die von der Geburt an bestand. Bei sehr nervösen Kindern hat er gute Resultate von Eisen und Brechnuss gesehen. Belladonna, event. mit Eisen, wendet er am liebsten an bei K.ndern mit „excessiver Muskelaction", die grosse Neigung zum Uriniren, aber nicht die nöthige Willenskraft haben, den Urin zurückzuhalten. Kühle oder, bei schwachen Kindern, laue Abwaschungen mit nachfolgenden starken Frictionen will er als tonisirend da angewandt wissen, wo das Kind an allgemeiner Schwäche leidet. Als diätet. Mittel empfieht er am meisten reichlichen Milchgenuss.

Voigt (Oeynhausen).

422) **D. Ventra: La Corea ed il suo trattamento col curaro.** (Die Chorea und ihre Behandlung mit Curare.) (Separatabdruck aus Il Manikomio, Jahrg. I. Nro. 2 u. 3.)

Die Hoffnung, welche man bei der Einführung des Curare in die Therapie durch Bernard 1858 auf dasselbe gesetzt hatte, haben sich nach vielfachen Controversen anscheinend als trügerisch erwiesen, dennoch zeigt ein Ueberblick über die betr. Literatur, dass die Zahl der gegen Tetanus und Epilepsie erzielten Erfolge durchaus nicht zu Ungunsten des Mittels spricht, so dass man die Acten hierüber vorzeitig als geschlossen betrachten sollte. In viel höherem Grade gilt dies von der Chorea, gegen welche das Curare, in Folge der Meinung, es beeinflusse nur die tonischen Krampfformen, überhaupt nur sehr wenig versucht worden ist, obgleich die wenigen in der Literatur darüber enthaltenen Nachrichten meist günstig lauten.

Verf. wandte das Curare gegen 3 durchweg schwere Fälle von Chorea an und zwar mit so günstigem Erfolge, dass der Versuch unsere Aufmerksamkeit in vollem Masse verdient und eine weitere Prüfung jedenfalls als empfehlenswerth erscheinen lässt.

Der erste Fall kam drei Tage nach dem Ausbruche der Krankheit zur Behandlung, während welcher Zeit unter der Anwendung von Kal. bromat. und warmen Bädern nur Verschlimmerung stattgefunden hatte. Mit der Einleitung der Curare-Behandlung machte sich eine täglich fortschreitende Besserung bemerkbar, welche am 9. Tage in dauernde Genesung überging.

Der zweite Fall, betr. einen 15 jährigen Knaben, kam nach 4 monatlicher vollständig vergeblichen Behandlung in einem chronischen Zustande zur Behandlung. Diese nahm hier im Ganzen 40 Tage in Anspruch, war aber mit vollkommenem Erfolge gekrönt, indem sich auch die ziemlich schweren psychischen Erscheinungen vollkommen zurückgebildet hatten.

Beim dritten Falle waren die krampfhaften Bewegungen, an denen sämmtliche willkürlichen Muskeln betheiligt waren, so heftig, dass der Pat. im Bette befestigt werden musste, um nicht herausgeschleudert zu werden.

Nachdem während einer 14 tägigen anderweiten Behandlung der Zustand sich nur verschlimmert hatte, war nach 7 tägiger Curare-Einwirkung bereits eine sehr erfreuliche Besserung eingetreten, welche indessen vollständig wieder verloren ging, als wegen einer Reise V.'s die Behandlung auf 3 Tage unterbrochen werden musste. Trotzdem konnte der Kranke schon 20 Tage nach dem Beginne als geheilt aus der Behandlung entlassen werden.

Bei einer Besprechung des Sitzes und Wesens der Krankheit kommt V. zu einer Theorie, welche z. Th. vermittelnd zwischen den bisher vertretenen Ansichten steht.

Die Krankheitsbilder der Chorea lassen nach ihm eine cerebrale und eine spinale Form auseinander halten, zwischen denen es allerdings auch Mischformen giebt. Die erstere ist ausgezeichnet durch psychische Begleiterscheinungen, durch Neigung zur Halbseitigkeit, grössere Nei-

gung zu schleppendem Verlaufe, normale oder nur wenig gesteigerte Hautsensibilität und Reflexe, jedoch unter Fehlen des Fussphänomens, normales Verhalten der Pupillen; die andere durch heftigere und mehr verallgemeinerte Krampfbewegungen, Fehlen der psychischen Erscheinungen, meist kürzere Dauer, Schmerzpunkte auf dem Rücken resp. entsprechend der Wirbelsäule, Steigerung der Haut- und Sehnenreflexe mit Fussphänomen, erweiterte, zuweilen starre Pupillen. Von ätiologischen Momenten ist charakteristich für die erstere Form sehr häufige hereditäre Belastung, für die letztere rheumatische Ursachen.

Die Wirkungsweise des Curare, welches ja direct nur die Nervenendigungen beeinflusst, wird durch Unterbrechung des zwischen Muskeln und Centrum durch gegenseitige Reizung unterhaltenen Circulus vitiosus zu erklären versucht.

Was die Anwendungsweise betrifft, so wurde gewöhnlich 0,005 —0,02 3 mal tägl. in 2°/o Lösung subcutan in die Nähe der am meisten betroffenen Muskelgruppen applicirt.

Cumulation der Wirkung ist nicht zu befürchten.

Nagel (Halle a. S).

---

433) **G. Schleich** (Tübingen): Die Augen der Idioten und Epileptiker der Heil- und Pflegeanstalt Schloss-Stetten in Würtemberg.

(Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachs. und Epilept. I. Jahrg. Nro. 2 u. 3.)

Die Untersuchungen des Verf.'s erstreckten sich auf die Farbe der Haare und der Regenbogenhaut, auf das Verhalten der Pupille auf die objektive Bestimmung der Brechkraft mittelst des Augenspiegels, auf den Befund an den brechenden Medien des Auges, auf die Beschaffenheit der Netzhaut, der Aderhaut und des intraoculären Sehnervenendes, auf die Verhältnisse der Augenmuskeln, auf Sehschärfe, Accomodation, Farbenwahrnehmung und Gesichtsfeld. Es wurden zunächst 156 idiotische Kinder untersucht. Darunter fand sich 1 mal eine Anomalie in der Pigmentirung der Regenbogenhaut, die auf dem einen Auge zweierlei Farbe hatte. — Mikrophthalmus wurde nicht bemerkt. — Infolge schwerer in frühester Kindheit überstandenen Augenentzündungen waren 2 gänzlich erblindet. — In 15 Fällen waren Anomalien in der Funktion der Bewegungsmuskeln der Bulbi vorhanden, 5 von diesen Fällen zeigten gleichzeitig Microcephalie. In 6 von diesen 15 Fällen bestand Strabismus convergens, in 4 Strabismus divergens, ohne dass Lähmung eines Augenmuskels als Ursache des Schielens gefunden wurde. In den übrigen 5 Fällen wurden starker Nystagmus und daneben 4 mal hochgradige Schwachsichtigkeit beobachtet, letztere basirte 2 mal auf angeborenen Anomalien im Augenhintergrund, 1 mal auf frühzeitig erworbene Trübung der Cornea. Bei einem Kinde fand sich angeborene doppelseitige Blepharoptosis. Ausser entzündlich entstandenen Hornhauttrübungen. in 5°/o aller Fälle, liessen sich keine weiteren Anomalien der Hornhaut nachweisen. — Nur in wenigen Fällen ergab sich Pupillendifferenz oder träge Lichtreaktion der Pupillen; 1 mal wurde einseitige Pupillenstarre, wahrscheinlich traumatischen Ursprungs constatirt. — Anomalien der Krystalllinse fehlten. — Die

objektive Bestimmung der Refraktion von 299 Augen ergab, dass nur 17 kurzsichtige darunter waren; darunter befanden sich nur 3 Individuen, bei denen die Kurzsichtigkeit nicht auf greifbare Ursachen zurück zu führen war. Von den Kurzsichtigen standen 50% in einem Alter unter 18, ebensoviele in einem Alter über 18 Jahren. 70% der Untersuchten zeigten mittlere und höhere Grade von Uebersichtigkeit. In verschiedenen Fällen bestand Astigmatismus. Bei einem Schwachsinnigen wurde doppelseitig Spaltbildung des Sehnerveneintritts beobachtet, bei einem anderen ein einseitiges Colobom der Aderhaut, bei einem dritten Reste einer im Foetalleben überstandenen Aderhautentzündung in Form umschriebener Herde, ferner einmal der Rest einer arteria hyaloidea. Bei 3 Kindern fand sich pathologische Verfärbung des Sehnerven, und zwar einmal in Verbindung mit chronischem Hydrocephalus internus. Typische Pigmententartungen der Netzhaut mit ihren Begleiterscheinungen (Hemeralopia etc.) fehlten überall. — Die Funktionsprüfung liess sich nur bei 93 von den 156 Kindern ausführen. 13% derselben hatten anomale Sehschärfe, davon entfällt die Hälfte auf Individuen mit Hornhauttrübungen etc., bei den übrigen wird wohl ein Theil auf Rechnung der mangelhaften Intelligenz zu setzen sein, so dass nur für einen kleinen Rest eine centrale Ursache der Schwachsichtigkeit anzunehmen ist. — Die Accomodation war überall normal. — Typische Formen von Farbenblindheit fehlten. — Auch Gesichtsfeldbeschränkungen konnten nicht constatirt werden.

Als bemerkenswerthes Resultat im Ganzen lässt sich daher nur aufstellen, dass bei Schwachsinnigen im Gegensatz zu Gesunden ziemlich häufig Spaltbildungen im Augenhintergrund, Schielen und ganz besonders Hypermetropie vorzukommen scheint.

Bei der Untersuchung der Epileptiker wurden dieselben Gesichtspunkte berüksichtigt. Unter den 127 Untersuchten fanden sich weder Anomalien der Pigmentirung, noch Missbildungen der Augen. In 2 Fällen bestand Augenzittern ohne Schwachsichtigkeit oder sonstige nachweisbare Ursache. — Bei 7 E. konnte Schielen constatirt werden, und zwar 4 mal Strabismus convergens, 3 mal Str. divergens. Keiner dieser Fälle beruhte auf Muskellähmung. — An 13 Augen bestanden entzündlich entstandene Hornhauttrübungen mit oder ohne Regenbogenhautverwachsung. In einem Falle bestand auffallende Pupillendifferenz, in einigen wenigen Fällen träge Reaktion der Pupille auf Licht. — Im Ganzen fanden sich 13 kurzsichtige Augen, wovon 1 Fall auf Rechnung bedeutender Hornhauttrübungen und Veränderungen an Regenbogen- und Aderhaut zu setzen ist. 50% aller Fälle ergaben mittlere oder hochgradige Uebersichtigkeit. Astigmatismus fand sich nur in wenigen Fällen. — Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergab 2 mal Veränderungen an der Choroidea. Ein interessanter Befund, auf den Wildermuth bei E. zuerst aufmerksam machte, der aber auch bei andern chronischen Erkrankungen des Centralnervensystems, z. B. bei chronischem Alkoholismus und bei der Paralyse, vorkommt, die Abblassung der temporalen Hälfte der Papille konnte in 7 Fällen constatirt werden, ohne dass dabei Sehstörungen nachweisbar waren.—

Erwähnung verdient auch, dass 9 mal geringfügige Abweichung von der normalen Farbe der Papille gefunden wurden, ebenfalls ohne nachweisbare Sehstörungen oder Beziehungen zu dem Hirnleiden. Sehnervenatrophie oder Stauungspapille fehlten überall. — Bei der Prüfung der Funktion des Sehorgans, die bei 19 Individuen wegen defekter Intelligenz nicht vorgenommen werden konnte, zeigten nur 19% eine Herabsetzung der Sehschärfe, von denen 12% ihre Schwachsichtigkeit Hornhauttrübungen etc. verdankten, und nur bei 7% wurden keine nachweisbaren Ursachen derselben gefunden. — Die Accomodation erwies sich in allen Fällen dem Alter entsprechend. — Typische Farbenblindheit kam nicht vor. Auch die Prüfung des Gesichtsfeldes ergab keine Abweichungen von der Norm. Dies gilt sogar von 2 Fällen, in welchen das Gesichtsfeld vor und kurze Zeit nach schweren epileptischen Anfällen aufgenommen wurde.

Als Gesammtresultat der Untersuchung der Augen und des Gesichtsinns bei den Epileptischen lässt sich also nur das als bemerkenswerth bezeichnen, dass relativ häufig Veränderungen in der Farbe der Sehnervenscheibe und häufig (50%) mittlere und höhere Grade von Uebersichtigkeit gefunden wurden. Reinhard (Hamburg).

---

334) **G. D'Abundo** (Neapel): Ricerche cliniche sui disturbi visivi nell' epilessia (Die Sehstörungen in der Epilepsie.)

(La psichiatria III. B. fasc. 1—4).

An 40 Epileptikern wurden untersucht: die Pupillen, die Gefässe des Augenhintergrundes, das Gesichtsfeld, die Sehschärfe und die Farbensinn, und zwar geschah dies vor und nach dem Anfalle, sowie in den einem Anfalle folgenden Tagen.

1. *Die Pupillen.* In dem Coma nach heftigen epileptischen Anfällen ist die Trägheit auffallend, mit welcher die Pupille nach einem starken Lichteindruck sich wieder erweitert. In den Intervallen zwischen den Anfällen wird das Verhalten der Pupillen sehr durch eine etwaige post-epileptische psychische Depression beeinflusst. Nach leichten Anfällen findet sich ein abnormes Verhalten der Pupillen nur dann, wenn die psychischen Störungen unverhältnissmässig stark ausgesprochen sind; in solchen Fällen besteht eine leichte Verengerung. Nach heftigen Anfällen mit constanter psychischer Depression (auch ohne Delirien) ist eine Pupillenverengerung zu bemerken. Ist eine solche Verengerung der Pupille vorhanden, so erweitert sich diese im Dunkeln weniger, als dies sonst bei demselben Individuum der Fall ist. Rascher Wechsel der Pupillenweite nach dem Anfall ist nicht constant, nicht einmal häufig.

2. *Die Gefässe des Augenhintergrundes.* Nach einem epileptischen Anfalle findet man eine Hyperämie der Retina, deren Intensität sowie deren Dauer in geradem Verhältniss zur Stärke des Anfalles steht. Bei einer intensiven psychischen Depression ist auch diese Congestion mehr ausgesprochen und von längerer Dauer. In den Anfällen von petit-mal sind diese Congestionen weniger stark als bei ausgebildeten Anfällen. Eine ausgesprochene Differenz in dem Grade

der Hyperämie an beiden Augen ist selten. Kennt man die normale Blutfüllung der Retina eines Individuums, so kann man mit dem Ophthalmoskope unterscheiden, ob anzunehmen ist, dass ein epileptischer Anfall vorhergegangen ist (Verf. hat auf diesem Wege einen Simulanten entlarvt).

3. *Das Gesichtfeld.* Nach einem epileptischen Anfalle besteht concentriche Gesichtsfeldeinschränkung, deren Intensität und Dauer ebenfalls in geradem Verhältniss zur Stärke des Anfalles sowie der psychischen Drepression steht; diese Gesichtfeldeinschränkung ist an beiden Augen nahezu gleich und steht in constanter Beziehung zu den Störungen der retinalen Blutfülle.

4. *Die Sehschärfe.* Nach einem epileptischen Anfalle erscheint die Sehschärfe proportional der Intensität des Anfalles und der psychischen Depression herabgesetzt; doch kann diese Sehstörung nach leichteren Anfällen bei Kindern auch fehlen. Auch die Verminderung der Sehschärfe steht in directer Beziehung zur abnormen Circulation im Augenhintergrund.

5. *Der Farbensinn.* Nach epileptischen Anfällen von mittlerer oder von hoher Intensität treten verschiedenartige Störungen des Farbensinnes auf, und zwar um so deutlicher, je tiefer die psychische Depression ist; diese Störungen sind nach schwächeren Anfällen meist sehr vorübergehend, oft aber dann lange anhaltend, wenn ausgesprochenere post-epileptische psychische Alterationen vorhanden sind. In frichen Fällen von Epilepsie ist die Störung des Farbensinnes nur wenig, beim petit-mal gar nicht nachzuweisen gewesen.

Auch zwischen diesen Störungen und der Blutfülle im Augenhintergrunde besteht eine directe Beziehung.

Es verdient hervorgehoben zu werden, dass besondere Rücksicht auf einen Zustand psychischer Depression genommen wurde, welcher häufig nach dem Anfalle eintritt und je nach dem Alter des Individuums, der Schwere der Erkrankung überhaupt oder der Intensität des Anfalles speciell verschieden sein kann. Obersteiner (Wien).

---

435) **Hebold** (Bonn): Die Anwendung des Atropins bei Ptyalismus. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 42. Heft 6. 1886.)

Auf Grund zweier eigener Beobachtungen empfiehlt H. nach Ebstein's Vorgang die subcutane Anwendung des Atropins bei *nervösem Ptyalismus.* In dem einen Falle (Verrücktheit auf alcoholistischer Basis) betrug die 24 stündl. Speichelmenge bis einen Liter. Die Wirkung des Alcaloids war in den ersten Tagen gleich nach der Injection am beträchtlichsten, zeigte sich aber auch in den übrigen Tageszeiten. Der Speichelfluss hörte dabei ganz auf und kehrte auch nach Aussetzen der Injectionen nicht wieder. Es wurden zuerst 0,0005 zwei Tage lang gegeben, am 3.—9. Tage 0,00075, am 10.—15. wieder 0,0005, dann ausgesetzt. Auch im zweiten Falle (verwirrter Epileptiker mit Opticusatrophie) trat gänzlicher Nachlass des Symptoms ein. Hier war zuerst 0,00075 täglich Morgens, nach 3 Tagen 0,001, nach

weiteren 2 Tagen wieder einige Zeit hindurch 0,00075 gegeben worden. Das Mittel gewährt jedenfalls eine weitere Handhabe dazu, den rein nervösen Character eines Ptyalismus festzustellen.

Kron (Berlin).

---

336) **G. Musso** (Turin): Sui movimenti del respiro nell' angoscia precordiale degli stati melancolici. (Die Respirationsbewegungen während der Präcordialangst Melancholischer.) (Arch. ital. p. l. med. nerv. 1886 II.)

Die Athembewegungen sind während der bei Melancholikern zuweilen eintretenden Präcordialangstanfällen seltener, meist sehr oberflächlich, sehr unregelmässig, von kurzer Dauer und durch lange exspiratorische Pausen von einander getrennt; es besteht also Unregelmässigkeit und Insufficienz der Respiration.

Bei einem der untersuchten Kranken konnte, wenn er sich in einem Zustande heftiger Erregung befand, während der Inspiration ein sehr ausgesprochener Tremor der Athmungsmuskeln beobachtet werden.

Obersteiner (Wien).

---

437) **Charcot, Brouardel** et **Motet** (Paris): Hysterie et Morphiomanie. Rapport medico-légal sur Annette G. (Hysterie und Morphiumsucht. Ein Gutachten.) (Arch. de Neurologie 1886. Maiheft.)

Annette G., 26 Jahre alt, leidet seit dreizehn Jahren an Erscheinungen schwerer Hysterie. Sie war während der Comune in einem Kirchengewölbe eingesperrt und wohnte der Execution der Aufrührer bei; sie war damals 11 Jahre alt. Mit 13 Jahren menstruirt. Die Menses kommen immer in Verbindung mit heftigen Schmerzen im Epigastrium. Mit fünfzehn Jahren während der Menses eine Erkältung mit Cession der Regeln. Die Ernährung bestand 6 Wochen lang nur aus Zuckerwasser. In der 7. Woche Strabismus convergens, Lachkrämpfe. Nach dem Verschwinden der letztern (durch Moschus) wurde sie taub, bekam Visionen und Hallucinationen. Sechs Monate lang beständiges Delirium. Sie kroch auf Händen und Füssen herum, lag meist in einer Ecke zusammengekauert, stand nie auf; sie war geistig völlig verworren, dutzte Jedermann und führte beleidigende Reden. Zeitweise aphasisch. Nach den Mahlzeiten — sie ass sehr wenig — trat Steifheit der Extremitäten ein, sie lag ausgestreckt mit geschlossenen Augen, die Handflächen nach aussen, die Finger krallenartig gekrümmt. Solche Anfälle dauerten 4—6 Stunden. 1875 begann sie mit Morphiuminjectionen, die sie belebten. Die hysterischen Anfälle erlitten eine unwesentliche Aenderung. Es trat bald Morphiumsucht ein, sie stieg mit den Dosen bis zu einem Gramm per Tag. „Man versteht sehr gut die geistige Störung in welche diese Person kam unter dem doppelten Einfluss der Hysterie und Morphiumvergiftung."

Durch diese Krankheit verarmte die Mutter der Patientin, Wittwe, die allein für ihr beiderseitiges Fortkommen arbeitete. Alles wurde nach und nach veräussert, man wohnte in einer möblirten Wohnung. Hier stahl Annette eines Tages in Abwesenheit der Mutter und seit 24 Stunden hungernd eine Bettdecke, versetzte sie auf dem Pfandhause

und verkaufte den Versatzschein. Sie gesteht die That unumwunden zu, und giebt als Triebfeder Elend und Hunger an; es kommt ihr nicht in den Sinn sich mit ihrer Krankheit oder geistiger Störung zu entschuldigen. Zu 3 Monaten Gefängniss verurtheilt, appellirte sie im Gefängniss gegen dieses Urtheil unter Umständen, welche den Gerichtshof veranlassen eine ärztliche Untersuchung ihres geistigen Zustandes anzuordnen. Der Gefängnissarzt hatte nämlich versucht sie zu hypnotisiren, was leicht gelang; und das Gericht glaubte, dass sie in einem solchen hypnotisirten Zustande (Suggestion) die Appellation angeordnet und unterschrieben habe. Die Untersuchung der 3 Sachverständigen ergab:

1. Anästhesie der Kopfhaut, des Halses und der Hände.
2. Erloschensein der Pharynxreflexe.
3. Ovarialdruckschmerz.
4. Doppeltsehen.
5. Farbenblindheit.
6. Eineugung des Gesichtsfeldes.

Sie gab als Aura ihrer Attaque an: heftige rechtseitige Schläfenkopfschmerzen, Ohrensausen, Herzklopfen; dann trete die Gliederstarre ein, sie verlöre dann das Bewusstsein. Der Versuch sie zu hypnotisiren gelingt. Sie erzählt, der Arzt habe sie nach einer hypnotischen Sitzung veranlasst zu appelliren, am folgenden Tage sei noch einmal davon die Rede gewesen und dann sei sie ins Bureau gegangen um zu unterschreiben. „Sie habe keine Lust gehabt zu appelliren, aber sie sei einer Eingebung gefolgt, die stärker war als ihr Wille und habe im vollen Bewusstsein ihrer Handlung den Secretair gebeten zu schreiben und habe ihren Namen unterzeichnet.“ Von ihrer Verurtheilung wusste sie gar nichts.

Gutachten. Hysterie mit geistiger Störung, Morphiumsucht. Im Gefängniss unterlag sie einer plötzlichen Entziehung mit Schwindel, Krämpfen und Ohnmacht, kam im Zustande grösster Schwäche vor den Richter, nicht im Stande ihre Verurtheilung zu begreifen. Unter allmählicher Zufuhr von Morphium, später von Opium erholte sie sich nach und nach. „Unter solchen Umständen muss der Diebstahl, wegen dessen sie bestraft ist, der mitten in einem Zustande geistiger und moral. Verwirrung, und unter dem Eindruck socialen Elendes und des Hungers begangen ist, nicht mehr als eine freiwillig ausgeführte That, sondern als eine jener triebartigen Verführungen betrachtet werden, die bei einem durch Krankheit geschwächten Geiste kein genügendes Gegengewicht der Ueberlegung finden. Die Schuld verschwindet hinter dem pathologischen Zustand.“ Freisprechung.

(Der Fall wurde seiner Zeit in den Pariser Zeitungen lebhaft besprochen und man war der Meinung, dass die Morphiumsucht das freisprechende Moment abgegeben habe, weil die Kranke im Zustande der Abstinenz jenen Diebstahl begangen, um sich Morphium zu verschaffen. Wie man sieht, ist dies ein Irrthum; die hysterische Psychose hat die Angeklagte vor Strafe geschützt. Interessant ist immerhin die episodisch auftretende Morphiumsucht, insofern als die

Kranke sich an die ihr im Zustande plötzlicher Abstinenz gemachten Mittheilungen — Urtheils-Verkündigung und Bestrafung — später nicht mehr erinnerte, eine Thatsache, die strafrechtlich von grösster Bedeutung ist. Wäre jener Diebstahl im Zustande der Abstinenz geschehen, so hätte meines Erachtens auch Freisprechung erfolgen müssen; wäre er von einer Morphiumsüchtigen, aber geistig intacten Person ausgeführt, so wäre Strafe am Platz gewesen. Ref.)

Erlenmeyer.

IV. Aus den Vereinen.

I. Physical-medicin. Gesellschaft zu Würzburg.

VIII. Sitzung am 10. April 1886. (Münch. med. Wochenschr. Nro. 20. 1886.)

438) **Riedinger:** *Ueber Nervenchirurgie.* Vortrag. stellt 3 operirte Fälle vor. Bei den beiden ersten handelte es sich um eine Prosopalgie des III. Trigeminusastes. Es wurde beide Male der Mandibularis in grosser Ausdehnung resecirt und zwar nach Aufmeisselung des Canalis mandibularis. Beide Fälle wurden geheilt. Der dritte Fall betrifft einen ehemaligen Soldaten, welcher 1870 einen Schuss in den Oberarm erhalten hatte; kurze Zeit nach der Verletzung stellten sich heftige Schmerzen im Bereiche des Ulnaris ein, welche Schlaflosigkeit in letzter Zeit zur Folge hatten. Da alle Mittel fruchtlos waren, machte R. die Dehnung des Ulnaris mit sofort eintretendem Erfolge.

439) **O. Seifert:** *Ueber Cocain und Cocainismus.*

S. benutzte zur Anästhesirung der Nasenschleimhaut 10 proc., der Rachenschleimhaut 5—10 proc., der Larynxschleimhaut 20 proc. Lösungen. Als Nachtheil bezeichnet S. den Umstand, dass bei Operationen in der Nase sehr häufig die Blutungen erst ziemlich spät erfolgen. Den ersten Fall von acuter Cocainvergiftung sah Vortr. bei einer 17jährigen jungen Dame, deren Nase cocainisirt worden war. Kurz nach der Operation stellte sich Schwindel, Kopfschmerz, Herzklopfen, Uebelkeit ein, welche Erscheinungen erst nach Ablauf mehrerer Stunden vorübergingen. Bei einem 2. Falle kam zu den genannten Beschwerden als weitere Erscheinung noch hinzu, dass Patient die Herrschaft über die Beine verloren hatte. Bei einem dritten Falle waren Kopfschmerz, Schwindel, Herzklopfen ungemein heftig, die Uebelkeit steigerte sich bis zum Erbrechen. Patient musste $1^1/_2$ Tage das Bett hüten. Aehnliche Intoxicationserscheinungen wurden noch bei drei weiteren Fällen beobachtet.

Bei einem Falle von chronischer Intoxication handelte es sich um einen 40jährigen Herrn, der mit Hilfe des Cocain vom Morphium entwöhnt werden sollte. Nach glücklicher Unterdrückung des Morphiumgenusses, wurde Pat. Cocainnist und injicirte sich täglich 1,0 Cocain. Als nach Ablauf von 4 Wochen dieses langsam entzogen war, wurde Pat. entlassen aber es ist nicht bekannt geworden, ob ein Rückfall eingetreten ist. Als Ersatz für Morphium empfiehlt Vortr. das Cocain nicht.

Goldstein (Aachen).

II. Gesellschaft für Morphologie und Physiologie zu München.

Sitzung vom 2. März 1886. (Münch. med. Wochenschr. 1886. Nro. 21.)

440) **Stintzing:** *Ueber angeborenen und erworbenen Defekt der Brustmuskeln.*

Vortrag. demonstrirt einen Fall von *angeborenem* Mangel der Pektoralmuskeln. Es ist dies die dreizehnte derartige Beobachtung (die übrigen sind von v. Ziemssen, Bäumler, Eulenburg sen., A. Eulenburg, Ebstein, O. Berger, C. Seitz, B. Fränkel, von Noorden mitgetheilt). Bei einem 16 jährigen Taglöhner fehlt der Pectoralis major bis auf ein Muskelbündel, welches lateralwärts von der Mitte der Clavicula entspringt und auf den ersten Anblick für den vorderen Theil des Deltamuskels imponirt. Treten aber die Muskeln in Action, so zeigt sich, dass es der äussere Theil der Clavicularportion ist, welche kräftig entwickelt, gut functionirt. Vom Pectoralis minor springt noch ein sehr schmales fast papierdünnes Bündel unter der Haut hervor, wenn man dem Kranken bei erhobenem Arme die rechte Schulter nach vorne und unten ziehen lässt und dieser Bewegung einen Widerstand in der antagonistischen Richtung entgegensetzt. Haut der rechten Brustwand ist straff gespannt, kein Panniculus. Ausserdem besteht eine theilweise Verkümmerung der rechten oberen Extremität. Humerus, Radius und Ulna um 1—2 Cm. verkürzt. Umfang des Ober- und Vorderarmes etwas geringer als links, die rechte Hand in toto kleiner, die Endphalangen sehr erheblich verkürzt und durch Schwimmhäute vereinigt (Syndaktylie). Für eine eventuelle Differentialdiagnose zwischen congenitaler und erworbener Form der Brustmuskeldefekte sei wichtig, dass erstere bisweilen (wie die letztere regelmässig) auch doppeltseitig und verbunden mit Atrophie in anderen Muskelgebieten vorkomme und daher, wenn die Anamnese nicht entscheide, eine progressive Muskelatrophie vortäuschen könne.

Während bei dem eben angeführten Falle die congenitale Natur ohne weiteres klar war, machte im folgenden die Entscheidung grössere Schwierigkeiten.

P. L., Handelsmann, 39 Jahre alt, weiss über den Beginn seines Muskelleidens nichts anzugeben. v. Kölliker erklärte den Fall durch eine Entwickelungs- oder Wachsthumshemmung, v. Ziemssen entschied sich für progressive Muskelatrophie. Es fehlen die Pectorales zum grössten Theil, die mittleren und unteren Parthien der Cucullares, die Rhomboidei, die Latissimi und zum Theil die Serrat. ant. maj. In den vorhandenen Muskelrudimenten nirgends Entartungsreaction. Keine fibrillären Muskelzuckungen. *Haut-Papillen*, *subcutanes Fettgewebe*, *Haare* normal. Es lässt sich nach Meinung des Vortrag. die angeborene Form wegen Fehlens von Veränderungen der Integumente ausschliessen. Es muss sich daher um eine *erworbene* Form, d. h. um progressive Muskelatrophie handeln, und zwar ist sie der von Erb so genannten „juvenilen“ Form zuzurechnen.

Der dritte Fall betrifft einen 32 jährigen Schuhmacher, der den Zustand der sog. spinalen Form der progressiven Muskelatrophie (Ty-

pus Duchenne-Aran) darbot. Ungewöhnlich daran war eine hochgradige Steigerung der elektrischen Erregbarkeit in einem grossen Theile der nicht atrophirten Muskeln.

Zweifelhaft ist die Diagnose des 4. Falles. Ein 41 jähriger Fleischhauer hat seit dem 34. Lebensjahre eine zunehmende Schwäche beim Lastentragen etc. verspürt. Es zeigte fast das gleiche Bild, wie der obige 2. Fall: Fehlen des Pector. major (bis auf claviculäre Bündel) und des Pectoral minor. Grosse Schwächen der Rücken- und Lendenmuskeln bei intakten Unterextremitäten. Spärliche fibrilläre Zuckungen. Normale electrische Erregbarkeit. Die Localisation der Atrophien entspricht der Erb'schen „juvenilen" Form, die dann ausnahmsweise auch im mittleren Lebensalter vorkommen kann. Heredität lag weder in diesem noch in den obigen Fällen vor. (Dies ist wohl derselbe Fall den Penzold in Münch. med. Wochenschr. 1886, 20. April bereits beschrieb und den jüngst Erb in Baden-Baden erläuterte (siehe darüber das Ref. in dieser Nro. und Nro. 11 1886 d. Centralbl. Ref.)

In der Discussion bemerkt v. Gudden, dass ihm die Abtrennung einer juvenilen Form von der progressiven Muskelatrophie etwas verfrüht erscheine, da er sich nicht vorstellen könne, warum im jugendlichen Alter die Muskelatrophien sich anders localisiren sollten, als im späteren. Uebrigens erachtet er das Vorhandensein von Defecten im Centralorgan in den von dem Vortrag. demonstrirten Fällen als zweifellos; es frage sich nur, was das Primäre sei, die Muskeldefekte oder die centrale Störung. Goldstein (Aachen).

III. Detroit Academy of Medicine.

Sitzung vom 1. Dezbr. 1885. (The Americ. Lancet. Febr. 1886.)

440) **Jenks** berichtet den Fall eines Knaben, dessen *Epilepsie nach Amputation eines Beins* (wegen Necrose) für immer *verschwand.* Es werden von anderer Seite ähnliche Fälle berichtet, so Heilung von Epilepsie und anderen Krämpfen durch Castration (bei Männern und Frauen), Correctur eines bestehenden Astigmatismus u. s. w.

Voigt (Oeynhausen).

IV. Harveian Society of London.

Sitzung vom 4. Febr. 1886. (The British Medic. Journ. 13. Febr. 1886.)

441) **Leeds**: *On the neurotic treatment of catarrh.* (Behandlung des Catarrh's (der Nase) durch Nervenmittel. Leeds sieht den Catarrh der Nase als eine reflectorische, von den durch Erkältung alterirten Hautnerven ausgelöste, vasomotorische Neurose an. Er stellt desshalb für die Behandlung derselben als Indicationen auf: 1. die Erregung des centralen Nervensystems zu beruhigen; 2. die locale Congestionirung und Hyperästhesie der Nasenschleimhaut zu mildern; 3. die Schleimabsonderung, wo sie besteht, zu hemmen. Dementsprechend gibt er mehrere Dosen Bromkali, lässt 1 – 2 stündlich bis zum Entstehen von Trockenheit in der Kehle Belladonna nehmen, und bepinselt die Nasenschleimhaut mit 4%iger Cocainsolution.

Voigt (Oeynhausen.

V. Medical Society of London.

Sitzung vom 8. Febr. 1886. (The British Medic. Journ. 13. Febr. 1886.)

442) **W. Finlay**: *Case of empyema followed by cerebral abscess.* (Fall von Empyema mit nachfolgendem Hirnabscess). In dem Falle entstanden 8 Tage nach einer Rippenresection, die nach spontan aufgebrochenem Empyem gemacht wurde, epileptiforme Anfälle, Erbrechen, Coma, Tod. Die Section zeigt einen 3 Zoll langen Abscess im vorderen Lappen der rechten Hemisphäre. Mehrere Mitglieder des Vereins berichten ähnliche Fälle. Voigt (Oeynhausen).

VI. Sheffield Medico-Chirurgical Society.

Sitzung vom 28. Jan. 1886. (The British Medic. Journ. 13. Febr. 1886.)

443) **Kilham**: *Ear-disease, abscess of brain.* (Ohrkrankheit, Hirnabscess.) Bei einem 15 jährigen, von Kindheit an auf dem rechten Ohre tauben Mädchen, welches in den letzten 3 Jahren an Eiterausfluss aus demselben litt, wurde ein Abscess über dem process. mastoid. eröffnet und dabei necrotische Knochen gefunden. Die Kranke litt an Stirnschmerz, Erbrechen, Delirien, Coma; bald erfolgte der Tod. Die Section zeigte eine grosse mit dem Gehörgange communicirenden Abscesshöhle im rechten Scheitelbeinlappen, die Meningen mit demselben und dem os petrosum verwachsen. Voigt (Oyenhausen).

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Hertz'sche Anstalt in Bonn (Dr. Freusberg), Assistenzarzt, baldigst. 2) Dresden Stadtkrankenhaus, Abth. für Geisteskranke. Oberarzt, 3600 M. Pensionsberechtigung.

Ernannt. Prof. extraord. Dr. Wernicke in Breslau zum Medicinalrath und Mitglied des Medicinal-Collegiums der Provinz Schlesien.

Berufen. Professor Dr. Grashey in Würzburg in gleicher Eigenschaft nach München. Hat noch nicht angenommen.

VI. Berichtigung.

Herr Hecker (Johannisberg) ersucht mich aus den 5 vor ihm aufgestellten Thesen (siehe d. Centralbl. 1886. Nro. 12, pag. 362) Nro. 2 und 5 richtig zu stellen, welchem Wunsche ich hierdurch gerne gerecht werde. Nro. 2 muss heissen: Kranke, die freiwillig mit dem Wunsche, sich ärztlich behandeln zu lassen, in die Anstalt treten.

Nro 5: ihrer Umgebung nicht als geistig abnorm auffallen und derselben in keiner Weise lästig werden.

Goldstein (Aachen).

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

9. Jahrg. 1. August 1886. Nro. 15.

Inhalt.

I. Originalien.

Ein neuer Projections- und Coordinaten-Apparat für geometrische Aufnahmen von Schädeln, Gehirnen und andern Objekten.

Von Dr. K. RIEGER,

Privatdocent der Psychiatrie in Würzburg.

Nachdem ich im vergangenen Jahre (1885) meinen mehrjährigen, auf eine brauchbare Methode der geometrischen Aufnahme und graphi-

schen Darstellung von *Hirnkapseln*, vorzüglich am *lebenden* Menschen, gerichteten Bestrebungen einen Abschluss gegeben hatte durch Veröffentlichung meiner Schrift: „Eine exakte Methode der Craniographie", Jena, Fischer 1885, — ging ich seither an eine eingehendere Bearbeitung der Aufgabe, für den *skeletirten* Schädel ein Verfahren zu gewinnen, mittelst dessen alle denkbaren Maasse an ihm in grösstmöglicher Genauigkeit und streng geometrischer Projektion abgenommen, ausserdem, soweit als möglich und nöthig, auch eine direkte graphische Aufzeichnung seiner Krümmungscurven gewonnen werden könnte.

Soweit diese Aufgabe bloss den *Hirnschädel* betraf, hätte die in der „*Craniographie*" beschriebene Methode, bei der die Abnahme von Bleidrahtcurven die Hauptrolle spielt, einigermassen genügen können. Doch hätte hiebei das so überaus trügerische Augenmass zu viel Einfluss gehabt, so dass von *grösstmöglicher* Genauigkeit nicht hätte die Rede sein können. Da nun beim *skeletirten* Schädel diese Methode durchaus nicht wie beim Kopf des *Lebenden* die einzig mögliche ist, so empfiehlt es sich, auch schon mit blosser Rücksicht auf die *Hirnkapsel*, hier nach einer vollkommeneren Methode zu suchen. Ein absolutes Bedürfniss wird aber eine solche, wenn man die Aufnahme des *Gesichtsschädels* mitberücksichtigt. An ihm können nämlich weder Bleidrahtcurven abgenommen, noch Gummiringe und Fadenkreuz angelegt werden, weil er nicht, wie die Hirnkapsel, glatt und gleichmässig gewölbt ist, sondern ein ganz unregelmässiges zerrissenes Feld darstellt. Auch könnte man die wichtigsten Curven, auf die es einem hier am Meisten ankommt, wie die der Jochbogen und Augenhöhlen, die Kieferränder u. s. w. doch nicht in *eine* Projektion bringen, weil sie vielfach gekrümmt z. B. immer von *einer* Horizontalebene in die *andere* übergingen. So wird aus diesen Gründen bei der Aufnahme des *Gesichtsschädels* weniger von geschlossenen direkt aufgezeichneten Curven die Rede sein können, als vielmehr von *Messungen* der Distanz einzelner Punkte. Diese müssen aber natürlich, sollen sie irgend welchen Werth haben, in streng geometrischer Projektion des Objekts vorgenommen werden. Wir müssen also Einrichtungen treffen, die es uns ermöglichen, bei jeder Aufnahme des Objekts stets genau nach den drei Dimensionen des Raums gesondert zu messen, so dass wir an jedem Punkt drei rechtwinklig zu einander stehende Abscissenaxen anlegen können, über denen sich dann beliebig viele rechtwinklige Ordinaten construiren, eventuell auch direkt Curven zeichnen lassen.

Wenn wir, wie schon bemerkt, nicht in der Lage sind, an das Objekt selbst, den Schädel, mit genügender Genauigkeit eine materielle Constructionsbasis zu legen in Gestalt von Ringen, Fäden u. dgl., so muss in *anderer* Weise für feste Punkte gesorgt werden. Sehen wir vorderhand ab von dem Bedürfniss, das Objekt in *verschiedenen* Lagen aufzustellen, und denken wir nur, wir hätten es blos zu thun mit einer feststehenden Masse, so hätten wir einfach die üblichen Hilfsmittel der praktischen Geometrie anzuwenden. Diese muss sich natürlich, wo sie es, wie in der Regel, mit den grossen Objekten der freien Natur, Bergen u. dgl. zu thun hat, *optischer* Hilfsmittel bedienen.

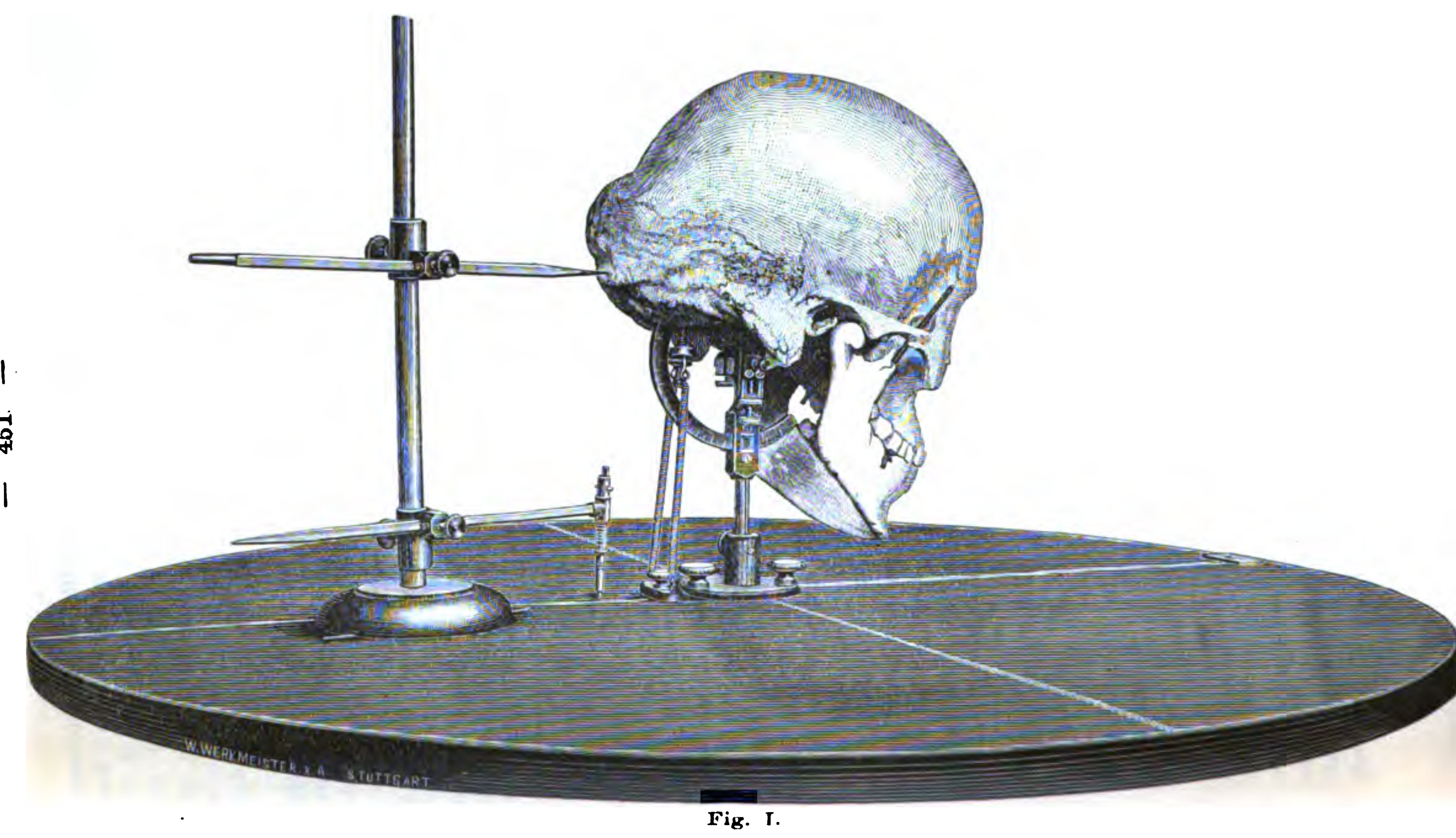


Fig. I.

Die Abscissenaten werden als Visirlinien eingestellt, die Abweichungen bestimmter Punkte von ihnen berechnet und gemessen. Man kann diese *optische* Methode natürlich gerade so gut auch bei kleinen Gegenständen anwenden. So wird auch in der That, ausgehend von streng geometrischen Principien, der Schädel mit Fernrohrablesung gemessen nach der Methode von Professor Benedikt in Wien, die in Eulenburg's „Realencyklopädie der gesammten Heilkunde" in dem Artikel: „Schädelmessung" genau beschrieben ist.

Meine in Nachfolgendem zu beschreibende Methode ist ganz aus demselben Bedürfniss nach geometrischer Projektion hervorgegangen wie die Benedikt's. Ich werde am Schlusse noch auf letztere zurückkommen. Hier möchte ich nur gleich bemerken, dass ein nicht *principiell*, aber *praktisch* wichtiger Unterschied zwischen Benedikt's und meiner Methode eben darin besteht, dass die meinige sich *keiner optischen Hilfsmittel* bedient. Bei kleinen, bequem direkt zugänglichen Objekten können optische Visirlinien ersetzt werden durch materielle Richtungsstangen, wofern diese mit genügender Genauigkeit gearbeitet sind. Wenn also die Aufnahme eines *wirklichen* Bergs selbstverständlich immer nur mit optischen Hilfsmitteln gemacht werden kann, so liesse sich dagegen z. B. die des kleinen Modells eines Bergs ganz gut direkt mit körperlichen Hilfsmitteln vornehmen. Dazu brauchte man nichts weiter als eine Aufstellung auf einer möglichst genauen Ebene und die Application eines Instruments, das gestattet, eine möglichst punktförmige Spitze in den jeweils verschiedensten Höhen immer genau im gleichen Abstand von der Grundebene um das Objekt herum zu führen, wobei noch die Einrichtung getroffen sein müsste, dass die Höhenabweichungen der verschiedenen Horizontalebenen an einer genau senkrecht auf der Grundebene stehenden Axe abgelesen werden könnten. Es mag gleich hier bemerkt werden, dass die Stellung der Grundebene selbst und damit die des ganzen Systems zum *natürlichen* Erdhorizont selbstverständlich ganz gleichgültig ist, weil das Ganze ein geschlossenes System für sich bildet, dass also eine Libelle oder sonstige Bezugnahme auf die Schwerkraft nicht in Betracht kommt, und nur darauf genau zu achten ist, dass das Objekt unverrückt auf der Grundebene festsitzt, und die Vertikalaxe des Messinstruments in *allen* Stellungen senkrecht zur Ebene steht. Giebt man nun einem solchen Instrument noch die Einrichtung, dass während eine obere Spitze am Objekt herumgeführt wird, eine untere genau vertikal unter jener stehende auf der Ebene zeichnet, so hat man einen der gewöhnlichen Parallelographen, wie sie für unser specielles Objekt, den Schädel, unter dem Namen „*Craniographen*" schon mehrfach angegeben worden sind, von Cohausen, Lissauer und Anderen.

Es ist nun leicht ersichtlich, dass man mit einem solchen Instrument bequem zahlreiche Horizontalumrisse des Objekts in beliebigen Abständen zeichnen kann, die, alle zusammen über einander liegend gedacht, ein anschauliches Bild des Objekts geben können. Doch ist dabei zu bemerken, dass selbst dann, wenn man weiter nichts als dies von dem Apparat verlangte, doch schon in dieser Hinsicht bei einem

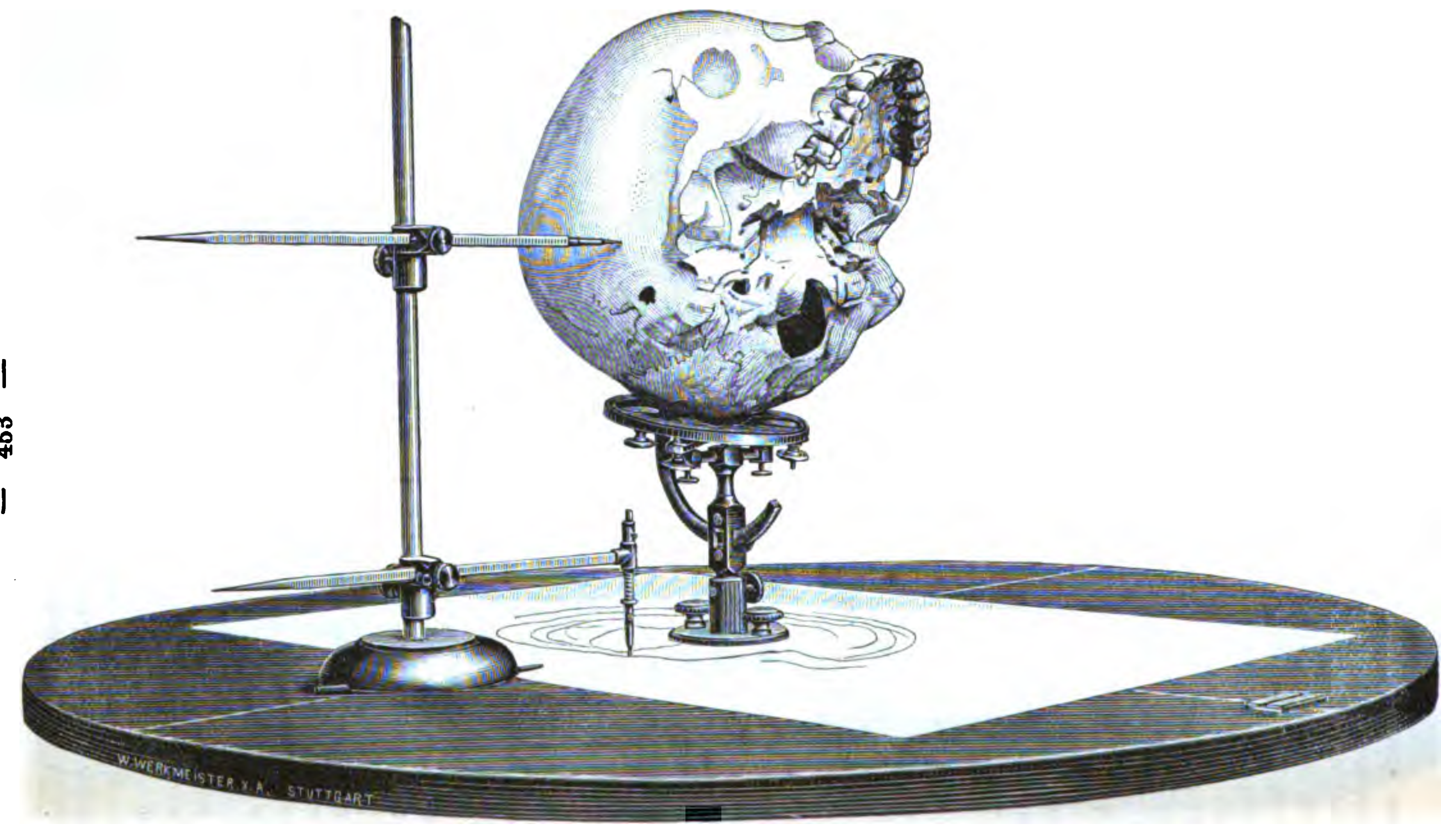


Fig. II.

Objekt, wie es der Schädel ist, die Vollkommenheit und die Anschaulichkeit der Darstellung sehr beeinträchtigt würde, einmal dadurch, dass der *Gesichts*schädel aus den schon oben angeführten Gründen sich durchaus schlecht zu dieser rein graphischen Aufnahme eignet — dann dadurch, dass auch am *Hirn*schädel allein die Horizontalcurven nicht in fortschreitender Verjüngung von unten nach oben sich aneinanderreihen, wie es z. B. bei den Horizontalumrissen eines Bergs der Fall wäre, sondern dass die grössten Umfänge fast immer in die mittleren Höhenlagen fallen, denen sich nicht nur nach *oben* sondern auch nach *unten* kleinere anschliessen. Dadurch leidet aber die Uebersichtlichkeit und Anschaulichkeit einer solchen graphischen Darstellung sehr.

Endlich hat die Möglichkeit, auch nur den *Hirnschädel* ausschliesslich in Horizontalumrissen graphisch darzustellen, ihre engen Grenzen dadurch, dass die obere Fläche, das eigentliche Schädeldach, ein mehr oder weniger flaches Plateau darstellt, dessen in der Regel sehr geringe, aber dabei oft sehr charakteristische Wölbungen dieser Zeichnungsart nicht mehr zugänglich sind. Um also gerade auch dieses Schädel*dach* genau aufnehmen zu können, müssen wir noch andere Projektionen zu Hilfe nehmen, von denen wir dem herkömmlichen Sprachgebrauch gemäss die quer über den Schädel in der Richtung der Kranznaht verlaufenden die *frontalen*, die längsverlaufenden in der Richtung der Pfeilnaht die *sagittalen* nennen. Um mit einem Parallelographen *Frontal*curven zeichnen zu können, muss der Schädel auf Stirn- oder Hinterhaupt, um mit ihm *Sagittal*curven zu zeichnen, muss der Schädel auf einer *Seitenwand* aufsitzen und fixirt sein. (Vergl. die Abbildungen II und III.)

Nun müssen wir aber einen weiteren sehr wichtigen Umstand in Betracht ziehen. Es ist der, *dass der Schädel keine selbstverständliche Horizontalprojektion hat.* In der „Craniographie“ habe ich mich darüber folgendermassen ausgedrückt:

Unter „*Horizontalebene*“ des Schädels kann man zweierlei verstehen:

Erstens eine Ebene, die nur zum Zwecke der geometrischen Darstellung *beliebig* einem Coordinatensystem zu Grunde gelegt ist, ganz ohne Rücksicht auf räumliche Verhältnisse *ausserhalb* des zu bestimmenden Objekts.

Zweitens eine sogenannte *natürliche* Horizontalebene, die in Beziehung gesetzt wird zu dem *natürlichen* Horizont, die also dem Erdboden parallel laufen soll. Wenn es sich um eine Masse handelt, die in ihrer räumlichen Vertheilung ausschliesslich durch die Schwere bestimmt ist, auf die keine in Betracht kommenden, der Schwere entgegenwirkenden Kräfte wirken, wie eine solche z. B. durch einen Berg oder Hügel dargestellt wird, dann wird sich die Orientirung des Messungssystems nach dem *natürlichen* Horizont der Erde von selbst verstehen. Wenn es sich aber um einen Körper handelt, der seine Stellung zum Horizont in Folge des Eingreifens von *Muskelkräften* beständig wechselt, wie diess beim Kopf der Fall ist, *dann versteht sich die*

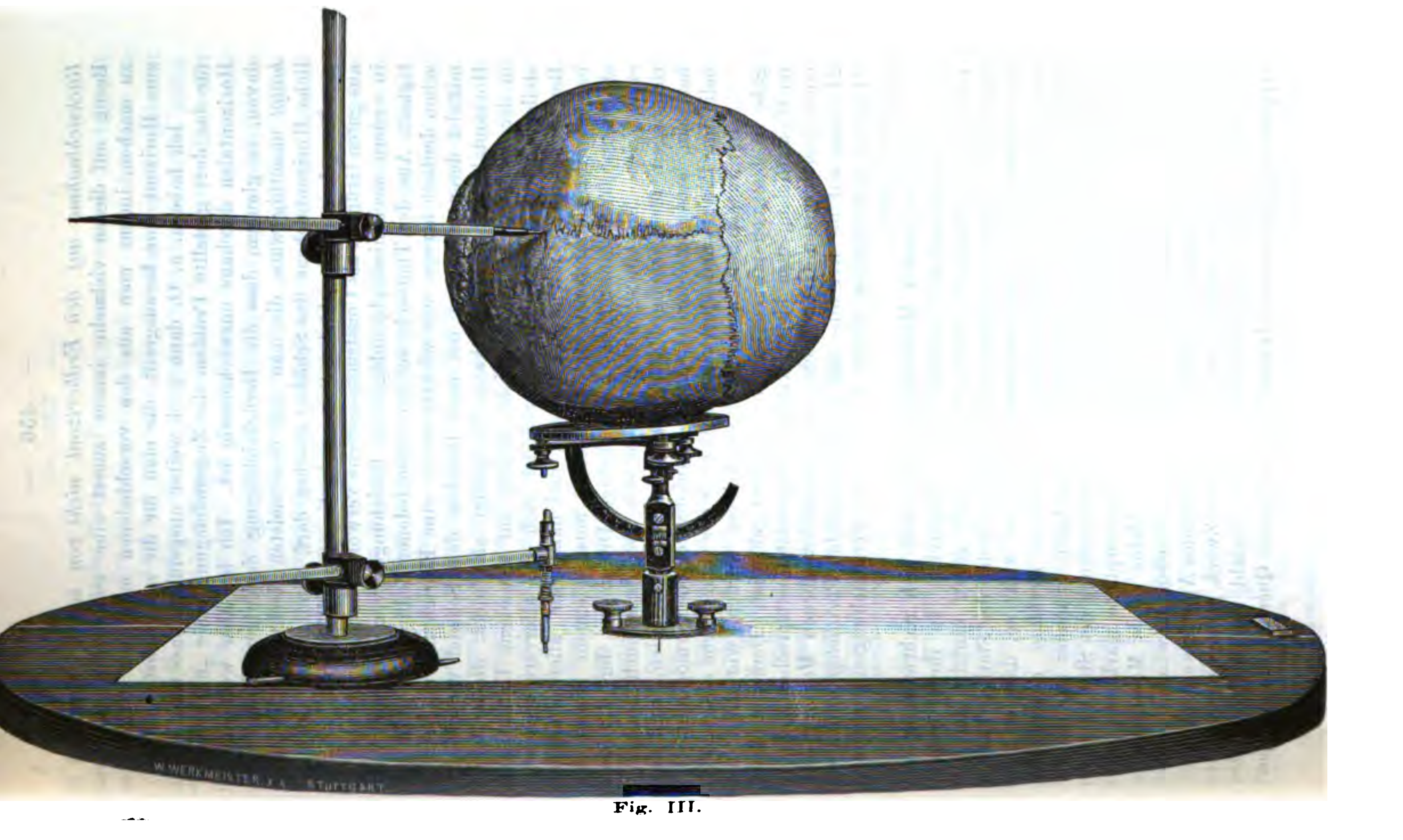


Fig. III.

Rücksichtnahme auf den Erdhorizont nicht von selbst. Man hat in Bezug auf diesen vielmehr immer zuerst eine *willkürliche* Annahme zu machen, indem man aus den verschiedenen möglichen Stellungen zum Horizont *eine* herausgreift, die man für die *natürlichste* hält.

Ich habe a. a. O. dann noch weiter ausgeführt, dass und warum für das dort gestellte Problem die Zugrundelegung einer „natürlichen" Horizontalen durchaus unzweckmässig ist. Ich bin aber weit entfernt davon, zu glauben, dass die Berücksichtigung derjenigen Ebene *überhaupt* unnöthig wäre, die man mit dem meisten Recht als die natürliche Horizontalebene des Schädels ansehen darf, nämlich der durch die gerade nach vorn gerichteten Sehaxen bestimmten. Wenn ich sie auch aus guten Gründen als Constructionsebene verworfen habe, so ist sie doch in andern mechanisch-physiologischen Beziehungen von grösster Wichtigkeit. Aus der Thatsache solcher verschiedener Bedürfnisse geht aber schon deutlich hervor, wie wichtig es ist, eine Einrichtung zu besitzen, mittelst deren man ganz frei nach Belieben dem Schädel verschiedene Horizontalstellungen geben kann. Es genügt also nicht, dieses Objekt in der oben angenommenen Weise einfach auf eine ebene Unterlage zu stellen, wobei für verschiedene Schädel sich die allerverschiedensten Berührungspunkte mit der Unterlage, und damit die allerunberechenbarsten Horizontalebenen ergäben. Man muss vielmehr einen Einstellungsapparat hinzufügen, der beliebige Drehungen der *Längs*axe ermöglicht. Mit einem solchen lassen sich aber dann auch noch Einrichtungen für Drehungen der *Queraxe* leicht verbinden, und dann hat man, was man braucht: einen Craniofixator, der ermöglicht, jede beliebige Längs- und Queraxe parallel mit der Grundebene einzustellen.

Im Nachstehenden soll nun beschrieben werden, wie diese Aufgabe in dem von mir construirten Apparat gelöst ist. Derselbe besteht im Wesentlichen, dem bisher Auseinandergesetzten entsprechend, 1) aus einer gemeinsamen Grundfläche, einer möglichst ebenen *Marmorplatte*, 2) einem auf ihr frei hin- und herzubewegenden *Parallelographen* und 3) einem feststehenden *Stativ*, an dem die Verschiebungseinrichtungen angebracht sind.

Auf der *runden Marmorplatte* sind zwei sich rechtwinklig kreuzende Durchmesser als vertiefte Linien eingravirt. In ihrem Schnittpunkt, im Centrum der Platte, befindet sich genau centrirt der Fuss des Stativs. Der vertikale solide Metallcylinder des Stativs kann in einer Hülse auf und ab verschoben werden und zwar so, dass er durch eine Arretirung verhindert ist, die mindeste *Drehung* auszuführen. Folglich müssen die mit dem Stativ verbundenen, nachher zu beschreibenden horizontalen Axen bei jeder Höheneinstellung des Stativs immer genau dieselbe Stellung zu den auf der Marmorplatte markirten Axen beibehalten. Der Fuss des Stativs, eine kleine runde Messingplatte, kann von der Marmorplatte abgeschraubt werden. Zwischen diesen Fuss und die Marmorplatte wird beim Gebrauch des Apparats ein Blatt Millimeterpapier festgeschraubt, von dem zu diesem Zweck, genau den Schrauben des Stativs entsprechend durchlöchert, eine Anzahl von Blättern jedem Apparat beigegeben wird. Je eine Längs- und je eine Querlinie dieses Papiers

muss mit je einer Axe der Platte zur Deckung gebracht werden. Es stellt sich dabei heraus, dass dies nie ganz genau möglich ist; wenn eine Linie des Papiers genau zur Deckung mit einer Axe der Marmorplatte gebracht ist, so zeigt eine andere, die zu ihr genau rechtwinklig stehen sollte, immer eine kleine Abweichung bis zu einem Millimeter. Es rührt diess von Ungenauigkeiten der Drucks her. Das von mir benutzte und den Apparaten beigegebene Millimeterpapier (papier quadrillé) ist das beste, das man im Handel bekommen kann, und doch nicht fehlerfrei. Fabrikanten versichern, dass es überhaupt unmöglich sei, absolut genaues zu drucken, weil das Papier sich in der Presse immer in einer Richtung mehr dehne als in der anderen. Vor den gewöhnlichen billigen Sorten solchen Papiers ist für jede genaue Untersuchung sehr zu warnen. Die Fehler betragen hier oft schon auf kurze Strecken bis zu einem Centimeter. — Das Blatt Millimeterpapier bedeckt einen grossen Theil der Marmorplatte. Durch die Einschaltung seiner Theilstriche je parallel und je rechtwinklig zu jeder der beiden Axen der Platte ist erreicht, dass die Platte zu Messzwecken dieselben Dienste leistet, wie eine mit ausführlicher fixer Theilung versehene, während zugleich doch die Curven und Massprojektionen jedesmal auf ein neues Blatt gezeichnet werden, die fertigen Blätter aufbewahrt werden können.

An dem *Stativ* befinden sich zweierlei Horizontalaxen, eine transversale (frontale) und eine longitudinale (sagittale).

Erstere, die transversale, ist ein einfacher dem Stativ rechtwinklig und genau über der Queraxe der Marmorplatte aufgesetzter metallener Rundstab. Die longitudinale Axe ist dagegen repräsentirt durch einen Kreisbogen, der in einer aus den beistehenden Abbildungen unmittelbar ersichtlichen Weise durch das Stativ hindurchgeht. Unmittelbar sieht man auch, besonders gut in Fig. III, wie der jeweilige Stand dieses Bogens an einer Gradeintheilung abgelesen wird.

Vergegenwärtigen wir uns jetzt noch einmal, dass eine Ebene durch drei Punkte bestimmt ist, so ist klar, dass wir jede Ebene auf diesem Apparat einstellen können, wenn wir das Objekt mit dem hinteren Ende des Kreisbogens und mit zwei Punkten der Queraxe in feste Verbindung bringen und dabei eine Einrichtung treffen, dass nicht nur der Punkt am Kreisbogen beweglich im Raume ist, sondern auch die Queraxe verschiedene Neigungen zum Horizont annehmen kann. Natürlich können diese Verschiebungen nur innerhalb gewisser nicht zu grosser Exkursionen stattfinden, die aber jedenfalls für die vorliegenden Bedürfnisse völlig genügend sind.

Die Aufstellung des Schädels bedarf nun verschiedener mechanischer Hilfsmittel je nach den Projektionen, in denen er eingestellt werden soll. Er bedarf entweder einer *realen* ebenen Platte, eines *Messtisches*, als Zwischenstück, oder er kann direkt auf die drei Punkte in einer nur durch sie *gedachten* Ebene aufgestellt werden. Letzteres ist der Fall, wenn er in seiner gewöhnlichen natürlichen Horizontalstellung aufgesetzt wird (Fig. I), ersteres in den Stellungen, die nöthig sind, um die frontalen (Fig. II) und die sagittalen (Fig. III) Curven zu zeichnen. Denn an der Schädelbasis ist durch das Hinterhauptsloch

und die Condylen eine sehr passende Fixationsmöglichkeit gegeben, die in den andern Projektionen fehlt.

Betrachten wir zuerst die Aufstellung in der Horizontalebene. Die Schädelbasis ist bekanntlich äusserst uneben und kann schon deswegen nicht auf eine wirkliche Ebene aufgesetzt werden. Es ist dies aber auch gar nicht nöthig. Sie hat die Gelenkköpfe, in denen man sie aufruhen lassen kann — auf einem künstlichen Stativ so gut wie auf der natürlichen Wirbelsäule. Zu diesem Zweck sind an der Queraxe zwei auf ihr in Hülsen verschiebbare Näpfchen angebracht. Je nachdem die Condylen weiter auseinander oder enger beisammen stehen, kann man die Näpfchen mehr der Mittellinie nähern oder von ihr entfernen. Die Näpfchen sind möglichst klein — nur 5 Mm. im Durchmesser, damit sie eine möglichst punktförmige Berührung mit den Gelenkköpfen und damit deren möglichst freie Bewegung gestatten. Ihre ganz flache Höhlung ist mit etwas Wachs ausgefüllt, in dem sich die jeweilige Berührungsfläche bequem einmodelliren kann. Bringt man nun einen Punkt des Hinterhauptbeins hinter dem Hinterhauptsloch in Berührung mit dem hintern Ende des Kreisbogens, so sitzt der Schädel mit seinen natürlichen Stützpunkten, den Condylen, auf dem Stativ, und er kann dabei jeder Bewegung des Kreisbogens folgen, wofern Sorge dafür getragen ist, dass er mit diesem immer in festem Contakt ist. Nun ist klar, dass er das nur sein kann, wenn er fest gegen das hintere Ende des Kreisbogens angedrückt wird, was auch bei den meisten Stellungen, die man dem Schädel geben kann, schon deswegen absolut nothwendig ist weil das bedeutende Uebergewicht des vor den Stützpunkten gelegenen Schädeltheiles überhaupt keine Ruhelage gestattete. Diesem Bedürfniss ist nun, ebenfalls in enger Anlehnung an die natürlichen Verhältnisse durch eine Feder abgeholfen, die ebenso wirkt wie in der Natur die Nackenmuskeln. Sie ist in einer aus Fig. I leicht ersichtlichen Weise mit einem in das Hinterhauptloch eingreifenden Haken in Verbindung gesetzt. Sie drückt sowohl das Hinterhauptbein stark gegen das hintere Ende des Kreisbogens, als auch die Condylen stark gegen die Näpfchen. In das hintere Ende des Bogens ist oben eine leichte Rinne eingeritzt, die die sagittale Hinterhauptscrista in sich aufnehmen kann, wenn eine solche vorhanden ist. Sie dient in jedem Fall zur genauen Markirung der Mittellinie, da sie genau senkrecht über der medianen Axe der Marmorplatte steht.

Bei dieser Feststellung kann der Kreisbogen beliebig hin und herbewegt werden, ohne dass eine Aenderung der drei Berührungspunkte eintritt.

Da die Queraxe, die die Näpfchen trägt, durch das Centrum des Kreisbogens geht, die Näpfchen selbt genau centrirt sind, so bleibt die Entfernung zwischen ihnen und dem hinteren Punkt immer die gleiche. Bei den Bewegungen des Kreisbogens können sich also die Condylen auf den Näpfchen bequem abwickeln, so dass bald mehr der hintere, bald mehr der vordere Rand, bald mehr die Mitte der Näpfchen die Berührung vermittelt; der hintere Punkt des Kreisbogens bleibt aber innerhalb der möglichen Exkursionen immer genau mit demselben

Schädelpunkt in Verbindung. Da nun so die räumlichen Beziehungen des Schädels zu der durch die drei Stützpunkte repräsentirten Ebene bei jeder Stellung des Kreisbogens immer die gleichen bleiben, so geben auch die an dem Kreisbogen direkt in Graden ablesbaren verschiedenen Stellungen dieser Ebene unmittelbar die Neigungswinkel der Längsaxen verschiedener zur Vergleichung eingestellter Ebenen des Schädels an.

Dies ist ein ganz ausserordentlicher Vorzug des Apparats, vermöge dessen man jetzt in kürzester Zeit und mit grösster Leichtigkeit eine Menge früher absolut unmöglicher Winkelmessungen vornehmen kann. Die Einstellung jeder gewünschten Längsaxe geschieht ganz einfach dadurch, dass man zwei ihrer Punkte, natürlich am Besten zwei möglichst weit von einander entfernte, mit der Spitze des auf der Grundebene herumgeführten Parallelographen zur Berührung bringt.

In Fig. I. ist z. B. die aus meiner „Craniographie" bekannte „Bodenebene des Grosshirns" eingestellt. Man liest die dieser Stellung entsprechende Zahl am Kreisbogen ab und findet sie z. B. bei + 10. Man will jetzt die Ebene einstellen, in der der Jochbogen genau parallel der Grundebene liegt. Man muss daher, wie aus der Figur ersichtlich, das vordere Ende stark heben, den Kreisbogen also nach vorn verschieben. Eine Spitze des Parallelographen wird am Jochbogen hin und hergeführt, der Kreisbogen solange verschoben, bis diese Spitze vor dem Ohre und hinter dem Auge genau den oberen Jochbogenrand berührt. Da die Drehungsaxe hier hinter *beiden* Punkten liegt, so muss natürlich auch der hintere Punkt mit dem vorderen *gleichsinnige*, nur wegen der beträchtlich geringeren Entfernung vom Drehpunkt beträchtlich geringere Bewegungen machen. Es ist deshalb nöthig, auch die Spitze des Parallelographen durch Verschieben an der Vertikalstange im Laufe der Manipulation in ihre Höhelage zu verstellen. Durch diese combinirte Bewegung gelingt es aber sehr leicht und in kürzester Zeit, z. B. diese Jochbogenlinie horinzontal zu stellen. Ist dies geschehen, so liest man die Zahl am Kreisbogen wieder ab, die jetzt vielleicht 0 oder — 2 sein könnte. Das Minus bedeutet einfach, weil der Quadrant von 0 bis 90 graduirt ist, dass wir in einen neuen Quadranten übergetreten sind. Der Neigungswinkel ergiebt sich nun aus der einfachen Subtraktion der Gradzahlen, die also hier 10 oder 12 ergäbe.

Es ist im Bisherigen schon eine wichtige Funktion des *Parallelographen* zur Sprache gekommen. Die Besprechung seiner weiteren Funktionen wollen wir hier gleich anschliessen. Er kann nicht nur, wie im Bisherigen, zu Höhenbestimmungen, sondern auch zu Einstellungen innerhalb *derselben* Horizontalebene benutzt werden vermöge folgender Einrichtung: Das eiserne unten ganz ebene Stativ, auf dem die vertikale Axe unveränderlich und genau senkrecht aufsteht, trägt zwei auf den Figuren deutlich zu erkennende Spitzen als Indices, die so angebracht sind, dass ihre Verbindungslinie genau senkrecht unter der durch die Spitzen der horizontalen Arme des Paralellographen bestimmten Horizontallinie steht. Bringt man also die beiden

Spitzen mit einer Linie auf der Grundebene zur Deckung, so stehen die Horizontalarme des Paralellographen immer rechtwinklig resp. parallel zu sämmtlichen Längs- resp. Queraxen des ganzen Systems; ihre Spitze befindet sich dann genau vertikal über der betr. Linie. Durch diese Einrichtung ist nun die unbeschränkteste Möglichkeit unzähliger Messungen in jeder Horizontalebene gegeben, und zwar stets solcher, die streng in *einer* Abscisse des Raums bleiben. — Die erste Anwendung davon muss schon bei jeder Einstellung des Schädels gemacht werden. Man bringt die unteren Spitzen des Index mit der Längsaxe der Marmorplatte zur Deckung und richtet eine obere gegen die Stirn. Mit ihr hat man dann den Punkt zwischen den arcus supercilliares in Verbindung zu bringen, den man als massgebend für die Medianlinie ansehen will, also z. B. einen, der in der geraden Fortsetzung der Nasennaht nach oben liegt und dessen Lage ja mittelst des Instruments im Augenblick bestimmt ist. Ich bemerke nun noch ausdrücklich, dass nur dieser vordere Punkt in dieser Weise einzudrehen ist. Die Lage des hinteren in der Medianlinie ist schon durch den Apparat gegeben. Als hinterer Stützpunkt auf dem hintern Ende des Kreisbogens soll nämlich in ganz naturgemässer Weise die mediane Muskelleiste benutzt werden, die, wenn sie, wie in der Regel, einigermassen eine crista darstellt, in die Rinne hineinpasst, wovon schon oben die Rede war.

Da hiedurch die Lage des hintern Punkts gegeben ist, so braucht der vertikal über ihm liegende, der gewählten Horizontalebene angehörige Punkt nur durch einfaches Aufwärtsbewegen des Paralellographen bestimmt und markirt zu werden. Käme er aber nun z. B., statt mit der protuberantia externa zusammenzufallen, *neben* sie zu liegen, so wäre dies eben der Ausdruck davon, dass die durch den Ansatz der tiefen Nackenmuskeln *unten* und die durch den Ansatz des Cucullaris *oben* bedingten Punkte bei der gegebenen Horizontalprojektion *nicht beide* genau in der Medianebene liegen. Der Construktion des Apparats würde es dann aber immer entsprechen, dass wir den *unteren* reellen Stützpunkt als für die Medianlinie bestimmenden beibehielten.

(Schluss folgt.)

II. Original-Vereinsberichte.

I. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 7. Juli 1886.

444) **Mannheim:** *Ueber einen Fall von heftiger Cocainintoxication.* Eine alte Dame, welche vor mehreren Jahren nervöse Zufälle gehabt hatte und neuerdings an Neuralgie des Hinterkopfes und an Paroxysmen von Keuchhusten litt, bekam 1 Decigramm Cocain mur. subcutan ohne Wirkung. Am folgenden Tage wurden 2 Decigramm injicirt und es trat $^3/_4$ Stunden darauf Unwohlsein und Angst auf; die Pupillen waren verengt. 2 Stunden später waren die Pupillen weiter und rea-

girten auf Licht. Es bestand Schlagen der Carotiden, Herzklopfen, Harndrang, vermehrte Urinsekretion. Motilität und Sensibilität verhielten sich normal, nur bestand ein Gefühl von Schwere. Am schlimmsten war die Athemnoth unter allen Erscheinungen: Die Athmung war dabei unregelmässig, manchmal trat Stillstand ein. Ausserdem bestanden Schlingbeschwerden, Trockenheit des Halses und Agrypnie während 30 Stunden. 48 Stunden nachher konnte Pat. behufs Luftwechsels eine Reise antreten. 2 Tage später trat wieder ein Anfall von längerer Dauer auf und desgleichen 4 Tage später. Weiterhin besserte sich der Zustand. Auch dieser Fall mahnt zur Vorsicht bei der Anwendung des Cocains bei nervösen Leuten.

II. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 12. Juli 1886.

445) **Mendel:** *Vorstellung eines Falles von Schwefelkohlenstoffvergiftung.* Der 18jährige Mann war bis November 1885 gesund. Er arbeitete seit 3 Jahren in einer Gummifabrik und zwar tauchte er mit der linken Hand die Gummistöcke in eine Schwefelkohlenstoff enthaltende Flüssigkeit, während er in der rechten einen Pinsel führte. November vorigen Jahres traten Störungen in der linken Hand auf, Steifigkeit der Finger, Kriebeln, taubes Gefühl an den Spitzen derselben, die sich weiterhin im linken Bein und auch im rechten Bein bemerkbar machten. Daneben bestand motorische Schwäche in den genannten Extremitäten. Im März d. J. wurde Pat. im Krankenhaus mit Elektricität und Soolbädern behandelt und die Steifigkeit der linken Hand und des Fusses liessen darauf nach. Gegenwärtig fängt die linke Hand an zu zittern, wenn Pat. sie bewegen will. Dieselbe Erscheinung tritt am linken Fuss und am Kopf ein, wenn Pat. dieselben bewegen will. Die motorische Kraft ist am linken Bein und Arm herabgesetzt. Dagegen bestehen keine Sensibilitätsstörungen und keine Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit. Schliesslich bemerkt Vortrag. noch, dass die anderen Arbeiter in derselben Fabrik nach Angabe des Patienten zum grössten Theil an dem Zittern leiden.

In der Diskussion erwähnt Uhthoff die Sehstörungen bei Schwefelkohlenstoffvergiftung. Es sind viele Fälle beschrieben. Man findet Neuritis und centrale Gesichtsfelddefekte. Die auffallende Aehnlichkeit dieser Störungen mit denen bei Bleivergiftungen legt es nahe zu untersuchen, ob nicht Blei dabei eine Rolle spielt. Mendel bemerkt, sein erster vor Kurzem demonstrirte Fall habe keine Aehnlichkeit mit Bleivergiftung, während man bei dem vorliegenden allerdings daran denken könne. Uebrigens werde bei der genannten Fabrikation kein Blei angewandt.

Bernhardt sah in einem Falle von Schwefelkohlenstoffvergiftung Ataxie und erhebliche Sensibilitätsstörungen und dabei einen Zustand von Demenz. Mendel fand in seinem Falle keine psychische Störung. Auch hier war die Seite, welche bei der Fabrikation vorzugsweise gebraucht wurde, die am meisten betheiligte.

446) **Falk:** *Folgen eines Eisenbahnunfalles.* F. berichtet über die gerichtsärztliche Untersuchung eines wegen Fahrlässigkeit und dadurch bedingte Gefährdung eines Eisenbahnzuges angeklagten Lokomotivführers, bei dem Geistesstörung in Folge eines bei einem Eisenbahnunfall vor 6 Monaten erlittenen Trauma vorgeschützt worden war. Damals war derselbe bei dem Aneinanderfahren zweier Züge mit der rechten Hälfte des Hinterkopfes an die Bedachung gestossen worden und dabei heftig erschrocken. Eine äussere Verletzung und Bewusstlosigkeit war nicht eingetreten. Seitdem litt er an Schwindel und Abnahme der Geisteskraft und zeigte besonders eine krankhafte Angst vor seinem Dienst. Gegenwärtig hat er Schwindel, Schmerz im Hinterkopf, Impotenz und andere Erscheinungen von *Railway-spine.* Von psychischen Störungen sind vorhanden Mattigkeit und Gicht, Zerstreutheiten und starke Gedächtnissschwäche, so dass er z. B. sich der Einzelheiten des Eisenbahnunglücks nicht mehr entsinnen kann. Dabei lebt er ganz zurückgezogen und kümmert sich nicht um die Zukunft.

Otto (Dalldorf).

III. Referate und Kritiken.

447) **Luigi Luciani** (Florenz) und **Giuseppe Seppilli** (Imola): Die Functions-Localisation der Grosshirnrinde. (Mit 52 Fig. im Text und 1 Tafel. Deutsche Ausgabe von M. O. Fraenkel. Leipzig bei Denicke 1886.)

Dieses von dem R. istituto Lombardo di scienze e lettere mit dem Preis *Fossati* gekrönte Werk ist in seinem physiologischen Theile von Luciani, in dem klinisch- und pathologisch-anatomischen von Seppilli bearbeitet — beide Namen haben in der literarischen Welt einen guten Klang und in der That ist durch die Verbindung ein interessantes, fleissiges Werk zu Stande gekommen, dessen Lektüre in Zukunft jeder, der auf diesem Gebiete arbeiten will, nicht unterlassen darf. Die von Fraenkel besorgte *deutsche* Ausgabe hat neben einer guten, nur durch kleinere Fehler gestörten Uebersetzung noch den Vorzug, dass in ihr Zusätze und Verbesserungen aufgenommen sind, die dem italienischen Originale fehlen, und dass das Capitel über Hirnrinden-Epilepsie ganz neu ist.

Ohne uns auf allzuviel Einzelheiten einzulassen — wer sich dafür interessirt möge dieselben in dem nächstens erscheinenden grösseren Bericht des Ref. über Hirnlocalisationen in den Schmidt'schen Jahrbüchern nachlesen — bemerken wir, dass einleitend eine Anleitung zum experimentellen und klinischen Studium der Functionscentren im Grosshirn gegeben ist, welche die Methoden des Operationsverfahrens bespricht, schätzbare Vorschriften zu Beobachtungen der operirten Thiere gibt, die Criterien bei Prüfung der klinischen Fälle beschreibt u. s. w. Der erste Haupttheil des Werkes handelt von den Rindencentren der spezifischen Sinne. Historisch von Interresse ist es, zu erfahren, dass die ersten Experimente und anatomischen Studien zur

Bestimmung des mit dem Sehnerven in direkter Beziehung stehenden Hirnsegmentes, d. h. also des Rinden-Sehcentrums schon 1855 von B. Panizza gemacht sind. In Betreff der Sehsphäre nimmt Luciani auf Grund einer grossen Anzahl von mitgetheilten Experimenten an Hunden und Affen an, dass die Rinde der Hinterhauptlappen den wesentlichen Centraltheil der Sehsphäre bilden, dass aber auch die Scheitellappen nicht unwesentlich betheiligt sind, und dass endlich die Hirn- und Schläfen-Keilbeinlappen leichte Irradiationen derselben vermitteln. Die von Munk aufgestellte Projection der verschiedenen Netzhautsegmente auf besondere Sehsphären-Segmente wird verworfen. Das Hörcentrum ist nicht auf die engen Grenzen des Schläfenlappens begrenzt, sondern schweift nach oben in den Scheitel- nach vorn in den Stirnlappen, nach hinten in die Windung des Hippocampus und nach der Tiefe in das Ammonshorn. Für das Riechcentrum kommen Ammonshorn und die Rindentheile vor und über der Fossa Sylvii in Betracht. Mit ihm in engster Beziehung steht das Geschmackscentrum. über das allerdings noch weniger, als über ersteres zu sagen ist.

Eine reiche Casuistik und 2 eigene Beobachtungen begründen die pathologischen Erfahrungen über das Sehcentrum. Darnach stellen die Hinterhauptlappen beim Menschen die Rindencentren für das Sehen dar, reichen aber bis in die Gyri angulares. Interessant sind die Schlüsse in Bezug auf die Gesichtshallucinationen, die nach Tamburini „als unmittelbare, direkte Aeusserung einer wahren Convulsion der Rinden-Sehsphäre" aufgefasst werden. Auch einige eigene Beobachtungen über die „Worttaubheit" werden angeführt, in Bezug derer sich Seppilli im allgemeinen der Wernicke'schen bekannten Auffassung anschliesst. Der zweite Theil des Werkes handelt von den Rindencentren des Haut- und Muskelgefühls und der willkürlichen Bewegungen. Im physiologischen Theile sprechen sich die Verf. dahin aus, dass in Folge totaler oder partieller Exstirpation der sogen. motor. Zone der Hunde und Affen paralytische Erscheinungen nicht nur der Bewegung, sondern auch des Haut- und Muskelsinns jederzeit auftreten. Aber eine strenge Abgrenzung der senso-motorischen Centren, welche wahrscheinlich eng mit einander verknüpft sind, ist nicht zu geben. Auch huldigen die Verf. der Ansicht, dass die subcorticalen Ganglien, Seh- und Streifenhügel, denselben Functionscharakter wie die graue Rindensubstanz besitzen und nach Exstirpation der ersteren zum Theil deren Function übernehmen können. Im klinischen Theile wird unter Hinzufügung von 4 eigenen Beobachtungen die neueste Casuistik über senso-motorische Läsionen nach Rindenverletzung zu sichten versucht. Vermuthungsweise äussern sich die Verf. dahin, dass beim Menschen der Scheitellappen vorwiegend Verbindungen eingeht mit den für den Muskelsinn bestimmten Nervenfasern, und dass die Centren für die Hautgefühle in dasselbe Gebiet verlegt werden, welches die motor. Zone einnimmt.

Das Capitel über Rinden-Epilepsie bringt übersichtlich die auf diesem Gebiete gesammelten Experimente und Erfahrungen, wiederum unter Hinzufügung einiger neuer Fälle und unter Berücksichtigung der

von Luciani vertheidigten Lehre, dass die motor. Centren der Hirnrinde in allen Fällen das Centralorgan für die Convulsionen, die subcorticalen Ganglien und das verlängerte Mark von untergeordneter Bedeutung sind. In einem Nachwort wird schliesslich der heutige Stand der Frage von der Localisation und die Stellung der Verf. zu derselben kurz zusammengefasst. Goldstein (Aachen).

---

448) **Ed. Aronsohn** und **J. Sachs** (Berlin): Die Beziehungen des Gehirns zur Körperwärme und zum Fieber. (Arch. f. die ges. Physiol d. Menschen u. d. Thiere. 37. Bd. 5. und 6. Heft.)

Aus den angestellten Experimenten geht hervor, dass Einstiche in gewisse Stellen des Gehirns vermehrten Oxydationsprozess und vermehrte Wärmeproduction zur Folge haben, ohne dass jedoch die Mitbetheiligung der die Wärmeabgabe regulirenden Apparate mit Sicherheit ausgeschlossen wäre, und dass möglicher Weise ein hohes Fieber auf rein nervösem Wege zu Stande kommen kann.

Schon längst hat Virchow das Fieber für eine Summe von Störungen erklärt, welche ihren wesentlichen Sitz in gewissen Theilen des Nervenapparates haben. — Ref. Pauli (Köln).

---

449) **G. Ogilvie:** Case of almost complete destruction of the right hemisphare of the cerrebellum, without distinct symptoms of cerrebellar disease. (Fall von fast vollständiger Zerstörung der rechten H. des Kleinhirns, ohne bestimmte Symptome einer Kleinhirnläsion.

(Brain Oct. 1885.)

Die rechte Kleinhirnhälfte war bis auf einen kleinen Rest (Flocke und Tonsille) durch einen von der Dura ausgehenden Tumor (Tuberkel) von der Grösse eines Hühnereies zerstört. Es betraf eine junge Dame, in deren Verwandtschaft Phthisis, Epilepsie und Neigung zu Cerebralerkrankungen vorhanden war. Die Symptome bestanden seit etwa 3 Jahren in zunehmenden gastrischen Störungen, seit einem Jahre in Schwindel, Ohrgeräuschen und gelegentlichem Erbrechen, dem regelmässig heftiger Hinterkopfschmerz voranging. Nach einem solchen Anfalle lag sie längere Zeit mit erlöschender Respiration und Pulsstärke, bis sie sich nach Schweissausbruch ziemlich rasch erholte. Dies wiederholte sich in der Folge öfter und sie starb in einem solchen Anfall. 10 Monate vor dem Tode begann zu Blindheit führende Neuritis opt. und Taubheit des rechten Ohres. Zuweilen leichtes Taumeln nach rechts, im übrigen fehlten Störungen der rechten Coordination und des Gleichgewichtes.

Matusch (Sachsenberg).

---

450) **Harrington Douty** (Worcester): Notes and remarks upon a case of villous tumour in the fourth ventricle. (Bemerkungen über einen Fall von Zottentumor im 4. Ventrikel) (Brain Oct. 1885.)

Der eigrosse Tumor hatte die Structur der Zotten des Plexus chorioid. Er füllte frei den enorm erweiterten 4. Ventrikel aus, nur durch zwei zarte Stränge mit dessen Dach verbunden. Die Symptome

bestanden in Schwindel, Taumeln gewöhnlich nach rechts, beiderseitiger zu völliger Blindheit führender Neuritis optica und Taubheit, zuerst auf dem linken dann auf dem rechten Ohre, leichtem Tremor der Hände und Arme und Priapismus. Im Urin etwas Eiweiss. Hinterkopfschmerz und zunehmender Blödsinn. Vor dem Tode hohe Temperaturen ohne nachweisbare Ursache und Cheyne-Stokes'sche Athmung. Matusch (Sachsenberg).

---

451) **H. Schuster** (Arad): Hyaline (wachsartige) Degeneration der Fasern des nervus median. sin. (Bei Gegenwart eines lateralen Myxofibrom's an demselben.) (Zeitschr. f. Heilkunde. Prag. 1886. Bd. VII. Heft II.)

S. berichtet über einen jugendlichen Pat. aus der Gussenbauer'schen Klinik, bei welchem sich im Laufe von 8 Jahren vier kleinere und grössere Tumoren (Fibrome, resp. Myxofibrome) an verschiedenen Nervenstämmen beider Oberextremitäten entwickelt hatten und mit Resection der betreffenden Nerven entfernt worden waren. Während bei 3 derselben keine besonders aufallenden Veränderungen der betheiligten Nerven vorhanden waren, bot der einem etwa gänseeigrossen Tumor excentrisch anliegende nerv. median. sin. einen bisher noch nicht beobachteten Befund dar. Zunächst zeigte das Bindesubstanzgewebe des Nerven eine sehr ausgesprochene hyaline Degeneration, bedingt durch „Umwandlung" (?) und Aufquellung dieser Substanzen. Die Nerven selbst hatten auf dem Querschnitt einen etwas gequollenen, an den Ranvier'schen Schnürringen bis aufs äusserste verdünnten Axencylinder und zwischen Markmantel und Schwann'scher Scheide eingeschoben eine helle, scheinbar homogene Masse. — Nach Isolirung der einzelnen Nervenfasern erschienen die röhrenförmigen Schwann'schen Scheiden gequollen und von zahlreichen homogenen durchsichtigen Ballen von verschiedener Grösse ausgefüllt.

Die hyaline Substanz, die S. mit dem Recklinghausen'schen „Hyalin" identificirt, geht nach seiner Meinung aus den protoplasmatischen Substanzen der Schwann'schen Scheide und ihrer Adnexa hervor, bedingt durch den erhöhten Druck, dem der Nerv seitens der Geschwulst ausgesetzt war. Bramann (Berlin).

---

452) **Edgard Hirtz** (Paris): De la pachyméningite cervicale hypertrophique curable. (Die Heilbarkeit der Pachymeningitis cervicalis.) (Arch. gén. de méd. Juin 1886.)

Aus der angeführten Casuistik geht zunächst hervor, dass als Ursache der vorstehenden Krankheit, welche Charcot zuerst als Morbus sui generis bezeichnet hat, in der Mehrzahl der Fälle die Einwirkung der Kälte anzuerkennen ist, welche nach Vulpian die Enden der peripheren Hautnerven der Art beeinflusst, dass trophische Störungen der cervicalen Partie der Medulla und der betheiligten Nervenfasern ausgelöst und dadurch die Meningen dieser Stelle in einen entzündlichen Zustand versetzt werden.

Steht schon a priori zu erwarten, dass derselbe rheumatischer

Natur ist, so macht noch ein citirter Fall diese Annahme mehr als wahrscheinlich.

Den weiteren Angaben zufolge gesellte sich, was bis jezt noch nicht beobachtet worden ist, ein Mal zu dieser Krankheit Azoturie, die, bekanntlich abhängig von verschiedenen Läsionen des Nervensystems, mit der Beseitigung jener verschwand.

Die Prognose dieser Affection der Rückenmarkshäute ist lange nicht so schlecht, wie gewöhnlich angenommen wird, da Heilung, wenngleich während ihres ersten Stadiums zu den Seltenheiten gehörend, meist nach zwei bis drei Jahren eintritt.

In curativer Hinsicht empfehlen sich subcutane Einspritzungen von Chloral oder Morphium, in den Nacken applicirte blutige Schröpfköpfe oder pointes de feu neben prolongirten warmen Bädern.

Ganz besonders gute Dienste leistet ferner das Natron salicylicum, dessen interner Gebrauch vorzugsweise die so heftigen Schmerzen des Nackens ebenso rasch wie vollständig beseitigt — ein Beweis mehr für die rheumatische Natur dieser Pachymeningitisform.

Im Stadium der atrophischen Störungen ist es endlich noch die Electricität, die sich hier als mächtiges Heilagens erweist.

Pauli (Köln).

---

453) **J. Bristowe**: Cases of opthalmoplegia complicated with various other affections of the nervous system. (Fälle von Augenmuskellähmung complicirt durch andere Affectionen des Nervensystems.) (Brain Oct. 1885.)

Marion H., bisher gesund, erkrankte Februar 1877 an Menstruationsstörungen. Im November Exopthalmus und Schwellung der Schilddrüse. 1878 Herzklopfen, Dyspnoe, Bronchitis und Bluthusten. Temperatursteigerungen ohne nachweisbare Ursache. 1880 Diplopie, bald darauf beiderseits Ptosis und Strabismus extern., Kopfschmerz und Schlaflosigkeit, gastrische Symptome. 1881 fast völlige Unbeweglichkeit der Bulbi, vollständige rechtsseitige Anaesthesie, Farbenblindheit des rechten Auges und rechtsseitige Ageusie und Anosmie. Im übrigen keine Störungen der Motilität. Später „Entzündung des rechten Ohres" mit Taubheit, sowie Blutungen aus diesem Ohre und dem rechten Nasenloch, die bis zum Tode fortbestanden. 6 Monate vor dem Tode Blutausfluss aus dem linken Ohre, ohne dass sich die Quelle der Blutungen feststellen liess. Juni 1882 mehrmaliges Erbrechen täglich, August desselben Jahres ein epileptischer Anfall mit nachfolgender Parese der rechten Extremitäten. Bis zum Januar 1883 noch zwei solche Anfälle. Häufige Ulcera beider corneae. Von psychischen Symptomen bestanden namentlich Reizbarkeit und Eigensinn, sowie gelegentliche Illusionen. Tod an Bronchitis.

Verf. vermuthete eine Erkrankung im Boden des 4. Ventrikels und des aquaeduct. vielleicht durch Sklerose oder Neubildung. Das letztere schien plausibler, obgleich das Fehlen von Stauungspapille dagegen sprach. Indessen fanden sich bei der Section weder grobe noch mikroscopisch wahrnehmbare Läsionen daselbst. Blassgelbe

Stellen hier und da, die Verf. als lokale Bezirke von Anämie anspricht, waren das einzige vom normalen Abweichende. Auch für die Blutungen fand sich keine Ursache.

Zu gleicher Zeit kam ein 15 jähriges Mädchen mit ganz ähnlichen Symptomen zur Aufnahme: Kopfschmerz, Parese des rect. extern. die zu fast völliger Lähmung führte, Nausea, Abnahme der Empfindung des rechten Armes und der Rumpfseite und epileptische Krämpfe mit nachfolgender rechtsseitiger Lähmung. Abweichend vom ersten Falle war das Fehlen von Exopthalmus und Kropf, frühzeitiges Auftreten von Schwäche im rechten Arm, Schwindel und — kurze Zeit vor dem ersten Anfall — linkseitige Chorea. Nach zweijähriger Behandlung Entlassung, ohne dass eine wesentliche Aenderung des Zustandes eingetreten war.

Ein dritter Fall betraf einen 46 jährigen Mann der mit Hinterkopfschmerz, Schwindel, Erbrechen und Ptosis erkrankte. Bei der Aufnahme Strabism. diverg., Stellung der Bulbi nach aussen und unten, Dilatation und Starre der Pupillen. Später gastrische Krisen, zwei epileptische Anfälle und gelegentlich heftige Dyspnoe von der Dauer einiger Secunden bis Minuten, in Folge von Stimmbandlähmung. Der Kranke hatte früher eine luesverdächtige Hautaffection gehabt, zur Zeit aber keine Zeichen von Syphilis. Das Kniephänomen war normal.

Matusch (Sachsenberg).

---

454) **H. B. Donkin** (Oxford): A note on spastic paraplegia and the treatment of some cases by rest. (Bemerkung über spastische Paraplegie und die Behandlung einiger Fälle durch Ruhe.) (Brain Oct. 1885.)

D. schickt voraus, weshalb er der Bezeichnung „spastische Paraplegie“ den Vorzug vor der anatomischen „Lateralsclerose“ gibt. Die spastischen Erscheinungen seien durchaus nicht immer die Symptome einer primären Sclerose der Seitenstränge, in milderer Form und vorübergehend kämen sie bei starker Ermüdung oder nach einer ungewohnten Anstrengung zur Beobachtung. Die Bemerkung eines Beobachters „die Seitenstränge seien ermüdet“ sei eine metaphorische aber treffende. Für diese Fälle und die frühern Zustände von Lateralsclerose, die von jenen als functionell anzusehenden nicht unterschieden werden können, hat Donkin die Behandlung durch absolute Ruhe mit gutem Erfolge versucht. Einige Krankheitsgeschichten sind im Auszuge beigegeben.. Matusch (Sachsenberg).

---

455) **Seymour J. Sharkey** (London): Spasm in chronic nerve-disease. (Spasmus bei chronischen Nervenkrankheiten). (The British med. Journal. 20. März 1886. u. fgld.)

Verf. betrachtet die Spasmen in ihrem Zusammenhange 1. mit cerebralen motorischen, 2. mit spinalen Mechanismen; er fügt ihnen eine 3. Klasse bei, die functionellen Spasmen, sagt dabei jedoch mit Recht, dass diese wahrscheinlich früher oder später in Folge zunehmender Erkenntniss genauer klassificirt werden dürften, als heute. Bei Besprech-

ung der 1. Klasse gibt er eine Auseinandersetzung des Verlaufs der motorischen Fasern von der Hirnrinde zu den Ganglinzellen des Rückenmark's, sagt, dass die Ansicht von der reflectorischen Entstehung der Sehnenphänomene wahrscheinlich richtig, aber noch nicht über allen Zweifel erhaben sei, stellt die Vermehrung der Sehnenreflexe, den Clonus, die Contractur als Grade unabhängiger neuro-muskulärer Action hin, die in den Spinalcentren entstehend in Folge der Verminderung oder Aufhebung der Hemmungsfunctionen der Pyramidenbahnen „ausschweife" — und beantwortet schliesslich die Frage, ob aus dem Auftreten eines oder aller dieser Symptome unter allen Umständen auf eine gröbere Läsion der motorischen Hirn-Zellen oder Fasern zu schliessen sei, mit nein, da dieselben nicht selten auch bei fieberhaften Erkrankungen (Typhus, Phthise etc.) gefunden werden — eine Erscheinung beiläufig, die Verf. aus einer theilweisen oder vollkommenen Unterdrückung der von den cerebralen motorischen Centren ausgehenden nervösen Impulse herleitet. Jedenfalls aber sind Muskelcontracturen, die mit Steigerung der Sehnenreflexe einhergehen oder ihr folgen, typisch und characteristisch für grobe Läsionen der motorischen Hirnwindungen und Pyramidenbahnen; doch darf man dabei nicht vergessen einmal, dass es bei deutlich entwickelten Contracturen oft nicht mehr gelingt, Sehnenreflexe, am allerwenigsten gesteigerte hervorzurufen, und dann, dass die Contracturen zuweilen, bei Fortschreiten des krankhaften Prozesses von den Seitensträngen auf die Ganglienzellen der vordern Hörner verschwinden, während die Muskeln rapid atrophiren, die Reflexe aufhören.

Verf. berichtet sodann ausführlich zur Unterstützung des Gesagten folgende, zum Theil äusserst interessante Fälle: 1. *Embolie der arter. foss. Sylv.*, die Untergang eines grossen Theils der rechten Hirnhemisphäre zur Folge hatte und mit Paralyse und Muskelstarre der Extremitäten einherging. 2. *Perforirende Tuberculose des Schädels* mit spastischen Symptomen der Extremitäten. 3. *Tuberculöse Massen in beiden thalam. optici* mit Paralyse, Zittern und Muskelstarre der Extremitäten. 4. Grosse *käsige Tuberkel des pons* mit anhaltender Starre der Nacken-, Rücken-, Arm- und Beinmuskeln. 5. *Tuberculöse Massen nahe dem Aquäduct. Sylv.* mit Zittern, Paralyse und spasmodischen Muskelcontractionen. 6. *Tuberculöse Masse im linken Kleinhirnlappen,* die durch Druck Erweichung des pons und der medulla machte und von anhaltender Muskelstarre der Extremitäten begleitet war. 7. *Tuberculöse Masse in den Central- und den Laterallappen des Kleinhirns* ohne spastische Symptome.

Alle diese Fälle beweisen, dass ähnliche spastische Symptome entstehen, mag die Läsion in der motorischen Zone der Hirnrinde oder in den Centralganglien, dem crus, dem pons, der medulla sitzen, wenn sie nur die Functionirung der Pyramidenbahnen unterbricht. Und ebenso wirken congenitale Defecte der betreffenden Theile des Centralnervensystems (congenitale spastische Hemiplegie, spastische infantile Paralyse etc).

Verf. bespricht dann weiter, gleichfalls unter Anführung betreffender Fälle die er, wie die frühern auch zum Theil durch Zeichnungen

beleuchtet, die von Hirnerkrankungen abhängigen mobilen Spasmen, deren hervorragendster Typus die Athetose ist; daneben kommen solche mit dem Character der choreatischen, atactischen, tremorartigen Bewegungen vor. In allen diesen Fällen handelt es sich um eine unvollkommene Unterbrechung der motorischen Bahnen. Unzweifelhafte Beispiele von Reflexspasmen in Verbindung mit der grauen Hirnsubstanz und den Centralganglien kennt Verf. nicht.

Nachdem er sodann kurz auf die Erkrankungen des Rückenmarks eingegangen, welche spastische Symptome hervorbringen, bespricht er an der Hand mehrerer Fälle den Unterschied in den Erscheinungen und dem Verlaufe der Symptome, je nachdem ein Druck von aussen oder von innen (Tumor) auf die medulla spin. ausgeübt wird und ferner, je nachdem eine Läsion die Seitenstränge des Rückenmark's allein oder gleichzeitig noch andere Theile des Centralnervensystems, speciell des Rückenmarks getroffen hat.

Weiterhin wurden die Symptome abgehandelt. welche durch Erkrankungen 1. der centrifugalen 2. der centripetalen Spinalnerven, 3. der Ganglienzellen des Rückenmarks hervorgerufen werden. In Bezug auf die 1. Klasse wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Spasmen sich in den meisten Fällen nicht aus einer Reizung seitens der erkrankten Nerven, sondern aus der Action des ihres Gegengewichts beraubten gesunden Muskeln erklären lassen (z. B. bei der Paralyse nach Blei, Alcohol, Gelenkverletzungen u. s. w.). Zu der 2. Klasse gehören die reflectorisch entstandenen Spasmen; „dass es solche gibt ist zweifellos; wie häufig sie aber sind oder inwieweit die motorischen oder sensiblen Nerven oder die Nervencentren die leitende Rolle in ihrer Erzeugung spielen, das sind schwer zu schätzende Punkte."

Schliesslich ist die Rede von den functionellen Spasmen: die vom Gehirn oder den Pyramidenbahnen abhängigen sind in vieler Beziehung den durch gröbere Läsion dieser Theile hervorgebrachten sehr ähnlich und erklären sich aus dem Mangel oder der Schwäche der Willensimpulse (Hysterie etc.); ebenso können gewisse Formen dadurch entstehen, dass die Functionen bestimmter Theile der Pyramidenbahnen durch Ermüdung, Furcht u. s. w. unterdrückt sind (z. B. Beschäftigungsneurosen). Dagegen scheinen functionelle Störungen der motor. oder sensiblen Nerven meist Veranlassung zu chronischen Spasmen zu geben: wo es der Fall zu sein scheint, handelt es sich wahrscheinlich um eine Alteration der Centren.

Was die spinalen motorischen Centren betrifft, so ist die Frage, ob eine Uebererregbarkeit derselben ohne gleichzeitig verminderten Einfluss des Gehirns eintritt, schwer zu beantworten, doch ist dies nach Analogie der Einwirkung gewisser Arzeneimittel (Strychnin) auf das Rückenmark wahrscheinlich. Voigt (Oeynhausen).

---

456) **Aymer** (Bewie): A case of epileptic vertigo or automatism.
(The British Medic. Journ. 13. März 1886.)

Pat., ein 21 jähriger, erblich belasteter Mann, der zeitweise in bewustlosem Zustande gewisse Handlungen ausführte, wobei die Pupillen

dilatirt, der Athem schwer, das Gesicht geröthet, einzelne Muskeln in krampfhafter Bewegung waren, wurde durch Bromkali, später Zinkoxyd wesentlich gebessert aber nicht geheilt. Voigt (Oeynhausen).

---

457) **Hadden**: Two fatal cases of tetanus. (Tetanus.) (Brain Oct. 1885.)

Tetanus trat im ersten Falle 6 Tage nach Reposition eines Mastdarmvorfalles, im zweiten 9 Tage nach Schnitt in den Zeigefinger auf. Der Verlauf war nicht ungewöhnlich. Chloroforminhalationen, Amputation, Hydrargyr. subchlor., Bromkali und Chloralhyd. nutzten wenig. Nach den Ergebnissen der mikroscopischen Untersuchung ist H. geneigt, den im ersten Falle vorhandenen Kongestionszustand mit einzelnen Hämorrhagien in der grauen Substanz des Rückenmarkes und der medulla oblong. für accidentell, eine Folge der Asphyxie zu halten. Im zweiten fand sich dies nicht. Die multipolaren Ganglienzellen zeigten in beiden keinerlei Veränderung. Matusch (Sachsenberg).

---

458) **Ventra** (Novera): Su d'un caso di Tetano da Malaria. (Ueber einen Fall von Tetanus im Verlaufe von Malaria.) (Novera 1883.)

Ein 8 jähriger, psychisch etwas belasteter und nervös angelegter Knabe erkrankte (Sept. 82) an einer perniciösen Form von Malaria. Der Anfall wich grossen Chinindosen, hinterliess jedoch eine schleppende quotidiana. Gegen Ende der 4. Woche der Krankheit stellten sich Unruhe, Schmerzen im Halse und Beschwerden beim Kauen und Schlingen ein, worin sich dem zugezogenen Verf. beginnender Trismus zu erkennen gab. Trotz der gleichzeitigen Anwendung von Chinin und Bromkalium in grösseren Dosen verschlimmerte sich der Zustand im Laufe der folgenden Tage unter Fortbestehen abendlicher Fieberexacerbationen mehr und mehr, bis am Abend des 6. Tages unter Ansteigen der Temp. auf 41° der qualvolle Zustand des Trismus und Tetanus der gesammten Körpermuskulatur mit Opisthotonus, Athemnoth und häufigen schmerzhaften Anfällen von allgemeinen Spasmen sich ausgebildet hatte. Es wurde nunmehr die von De Renzi angegebene, auf möglichst vollständige Fernhaltung aller sensiblen und sensuellen Reize abzielende Behandlungsmethode eingeleitet, zugleich wurden abwechselnd Dosen von Chinin und Morphium subcutan gegeben und zwar stets nach vorhergehender Herstellung einer localen Anästhesie der betr. Hautstelle durch Aetherspray.

Unter dieser Behandlung verlor sich bald der gefahrdrohende Charakter, die Fieberanfälle gingen gleichzeitig mit der Muskelrigidität und den tonischen Krämpfen zurück und nach 17 Tagen waren beide Erkrankungen incl. Milztumor abgelaufen.

Die Genese des hier kurz skizzirten Falles betreffend kann man weder eine traumatische noch rheumatische Form von Tetanus annehmen, da dem Kranken wegen seiner Malaria während der vorhergehenden 4 Wochen eine sorgsame Pflege zu Theil geworden war. Die Bezeichung eines idiopathischen Tetanus ist dagegen nur ein Ausdruck unserer mangelnden Erkenntniss.

Vielmehr drängt die Entstehung und der Verlauf der Krankheit sowie der Erfolg der eingeschlagenen Therapie zu der Annahme, dass wir es mit einer als symptomatisch zu bezeichnenden Form von Tetanus im Verlaufe von Malaria zu thun haben, eine Annahme, welche durch das Bestehen neuropathischer Belastung, wodurch das Nervensystem zu einem Locus minoris resistentiae wird, noch an Wahrscheinlichkeit gewinnt. Auch spricht dafür das Vorkommen anderer schwerer nervöser Störungen bei Malaria, welche zu Verwechslungen mit Meningitis, mit Manie und, wie einige Fälle zeigten, auch mit Tetanus acutissimus führen können. So mag in vielen Fällen von Malaria-Tetanus das Grundleiden durch das Symptom thatsächlich verdeckt und unerkannt geblieben sein. Die schwerwiegende Bedeutung dieser Erkenntniss für die Therapie liegt auf der Hand.

Mit der Richtigkeit dieser Anschauung würde natürlich die Reflextheorie des Tetanus auch für die übrigen Formen desselben erwiesen sein. Neben der Anwendung des Chinin, welchem speciell in diesen Fällen die Hauptrolle zukommen würde, empfiehlt Verf. vor Allem die strengste Durchführung der erwähnten Isolirmethode.

Nagel (Halle a. S).

---

459) **G. Lumbroso** (Livorno): Un caso di paralisi isterica nell' uomo e crampo degli scrivani consecutivo; guarigione con la corrente faradica e galvanica (Ein Fall von hysterischer Lähmung beim Manne mit nachfolgendem Schreibkrampfe. Heilung durch den faradischen und galvanischen Strom.) (Sepratabdruck aus Giornale medico lo sperimentale, März 1886.)

Besagter Fall bietet, abgesehen von der Seltenheit der Hysterie beim Manne, einige interessante Punkte dar.

Zunächst trat dieselbe, ohne dass sonstige causale Momente nachweisbar wären, bei einem robusten 56 jährigen Manne auf, welcher lange im Heere gedient, auch einen Feldzug mitgemacht, sodann, mit einmaliger Unterstützung entlassen, ein von materiellen Sorgen nicht freies, theilweise wanderndes Leben geführt hatte.

Ferner ist der Fall von praktischem Interesse wegen der leichten und thatsächlich begangenen Verwechselung mit Apoplexie. Als erste Krankheitserscheinung trat nämlich plötzlich unter Schwindel, Ohrensausen und Bewusstlosigkeit Paralyse und Contractur des rechten Beines auf, welche, in einem Krankenhause unter der Diagnose einer Apoplexie behandelt, nach 20 Tagen anscheinend ebenfalls plötzlich in Heilung überging.

Der zweite, ähnliche Anfall hinterliess eine partielle schlaffe Lähmung der rechten Oberextremität, mit welcher Pat. in die Behandlung des Verf. kam.

Eine genauere Untersuchung ergab als untrügliche Merkmale der Hysterie: Charakteristische Anästhesien auf der rechten Körperhälfte, Hyperästhesie einzelner Partien der Wirbelsäule und des linken Testikels, Aufhebung des Gehörs, Geruchs und Geschmaks der rechten Seite und endlich Gesichtsfeldverengerung auf dem rechten Auge. Nach 12

tägiger Behandlung der gelähmten Extremität mit dem faradischen Strome konnte der Pat. als geheilt entlassen werden, kam jedoch nach Verlauf von 4 Tagen wegen einer Unfähigkeit zu schreiben wieder zurück, welche sich als reine Form von Schreibkrampf erwies, indem alle übrigen Bewegungen und Functionen der Finger ungestört waren.

Nach einmaliger Application der positiven Electrode auf die betheiligten Muskeln, zuerst stabil, dann labil, verschwand auch diese Störung, wie aus einer beigefügten Schriftprobe, vor und nach der Galvanisation, ersichtlich ist.

Der Erfolg war, soweit bekannt, ein dauernder. (Andere Fälle von hysterischem Schreibkrampfe wurden übrigens von Eichorst berichtet.)
Nagel (Halle a. S.).

---

460) **J. Oliver** (Edingburg): A case of hystero-epilepsy in the man. (Fall von Hysteroepilepsie beim Manne.) (Brain Oct. 1885.)

Ein 36 jähriger Mann geräth zwischen zwei Wagen, wodurch er ohne verletzt zu werden, heftig erschreckt. Nach einigen Schritten fällt er bewusstlos um und liegt ohne Zuckungen während etwa 5 Minuten. Beim Erwachen ist er unfähig zu gehen, weil eine complete linksseitige Hemiplegie eingetreten ist, die vier Wochen unverändert fortbesteht. Auf Applicirung des faradischen Stromes folgt ein Anfall von linksseitigen Convulsionen mit Bewusstlosigkeit. Bei der Untersuchung findet sich herabgesetzte Sensibilität (Tast- und Schmerzempfindung) links, Kniephänomen links schwächer, Blindheit der nasalen Hälfte der linken Retina und linksseitige Ageusie. Die in der Folge auftretenden (hystero) epileptischen Krämpfe waren bald ausschliesslich linksseitig, bald rechtsseitig, zuweilen mit Zungenbiss, stets mit Bewusstseinsverlust verbunden. Durch Berührung „hysterogener Zonen" über den linken vasa brach., carotis, femoral. und den rechten vas. femor. sind die Anfälle leicht und regelmässig zu erzeugen.
Matusch (Sachsenberg).

---

461) **E. O. Daly** (Oxfort): A case of syphilitic disease of cerebrale arteries. (Fall von Syphilis der Gehirnarterien). (Brain Oct. 1885.)

D. bezeichnet als die wesentlichsten interessanten Punkte des Falles die vorgeschrittene syphilitische Arterienerkrankung, die ganz dem von Heubner entworfenen Bilde derselben entsprach, das Fehlen anderweitiger syphilitischer Veränderungen des Gehirns und der Häute, die Dauer der Erkrankung (über 6 Jahre), die Intensität des Schwindelgefühls, das ein Hauptsymptom in der ganzen Zeit bildete und den Kranken gänzlich hilflos machte und die geringe Wirksamkeit antisyphilitischer Cur. Der Kranke hatte 1876 Syphilis acquirirt, die von einem Apotheker behandelt wurde. 1878 verheirathete er sich und zeugte ein gesundes Kind. Schon Ende 1878 begann er über Schwindel zu klagen, der sich in kurzer Zeit heftig steigerte und constant wurde. Ausserdem bestand zeitweise Ohrenklingen. 1883 trat hartnäckiges Erbrechen auf. Lähmungserscheinungen, Stauungspapille fehlten. Bis 1884 Besserung, dann aber plötzliche He-

miplegie des linken Armes und in leichterem Grade des Beines. Kurze Zeit darauf Tod an Lungenentzündung. Bei der Section fand sich ausser den arteriellen Veränderungen, die besonders die art. basil. und die mittleren Hirngefässe betraf, ein wallnussgrosser, zum Theil älterer Bluterguss im Kleinhirn. Matusch (Sachsenberg).

---

462) **Clement Dukes** (Rugby): Syncope in adolescents. (Ohnmacht bei Jünglingen.) (The Lancet. 8. Mai. 1886.)

D. lenkt die Aufmerksamkeit auf einen bisher wenig oder gar nicht bekannten Krankheitszustand, der an den von Th. Keller (De la céphalée des adolescents. Progrès méd 1882 Nro. 47) zuerst beschriebenen Kopfschmerz der Jünglinge erinnert. (Ref.) Er äussert sich dadurch, dass dieselben ohne nachweisbare Ursache zuweilen ohnmachtähnliche Anfälle erleiden.

Da unter diesen Umständen der Urin reichlich mit Eiweiss überladen ist, so soll nicht trotz der zugleich vorhandenen Schwäche des Herzens, das in diesem Falle sich in der Regel vergrössert erweist, an ein tonisches Verfahren recurrirt, sondern der Congestion der Nieren, der Ursache jener Anfälle, durch heisse Bäder, den internen Gebrauch von Nitroglycerin, Abführmittel und Milch als Nahrung begegnet werden, ein Verfahren, welches rasch und, wenn einige Zeit beobachtet, dauernd zum Ziele führt. Pauli (Köln).

---

463) **Fournier** (Angoulême): Quelques mots sur l'hypnotisme au point de vue thérapeutique. (Einige Worte über den Hypnotismus in therapeutischer Hinsicht.) (Gaz. des Hôp. 1886. Nro. 67.)

Hatte man auch schon früher an die curative Verwendung des Hypnotismus gedacht, so waren es doch erst Bottey, mehr noch aber J. Braid, welche denselben, weil er die Nervencentren vortheilhaft beeinflusse, gegen alle dynamischen Störungen des Nervensystems angewendet wissen wollen.

Demzufolge machte F. in je einem Falle von Hysterie und Epilepsie Gebrauch von diesem Mittel, constatirte jedoch hiernach nicht nur keine Besserung, sondern sogar eine Verschlimmerung, insofern die Anfälle viel häufiger als vorher und mit derselben Intensität wiederkehrten.

Daher wird angerathen, die Hervorrufung des Hypnotismus, besonders bei zu Nervosismus prädisponirten Individuen, zu vermeiden.

Pauli (Köln).

---

464) **Felix Semon** und **Viktor Horsley** (London): Paralysis of laryngeal muscles and cortical centre for phonation. (Larynxmuskellähmung und corticales Stimmcentrum.) (The Lancet. 26. Mai 1886.)

Es wird auf einen von Garel veröffentlichten Fall von Paralyse der linken Stimmbänder Bezug genommen und die vermeintliche Ursache derselben — je eine erweichte Stelle der dritten Frontalwindung beider Hemisphären — als eine nicht zutreffende be-

zeichnet, weil, wie sowohl die eigenen als auch die von Krause in Berlin angestellten Experimente lehren, das Stimmcentrum des Hundes in dem beiderseitigen Gyrus praefrontalis liege. — Es bestehen in dieser Hinsicht Verschiedenheiten je nach den Thierklassen. So befindet sich bei dem Affen das phonatorische Centrum an der Stelle des Gehirns, welche mit dem Sprachcentrum des Menschen correspondirt, — und weil ferner bei allen Thieren die Erregung eines Stimmcentrums eine solche auch in dem anderseitigen bewirke.

Dass dieses bilaterale Verhältniss auch beim Menschen platzgreife, gehe daraus hervor, dass Aphasie wohl kaum jemals im Verein mit Aphonie vorgekommen sei, während, wenn das Stimmcentrum in der dritten linken Frontalwindung seinen Sitz hätte, das Gegentheil der Fall sein würde. Pauli (Köln).

---

465) **Dana** (New-York): A case of paralysis of the trigeminus followed by alternate hemiplegia, its relations to the nerve of taste. (Fall von Trigeminuslähmung mit consecutiver gekreuzter Hemiplegie — Beziehungen zu den Geschmacksnerven. (The journal of nerv. and mental disease Febr. 1886. p. 65.)

Ein 36jähriger Mann hereditär nicht belastet, der sonst stets gesund gewesen war, mit Ausnahme eines chronischen Kopfeczems — nicht Potator, bemerkte im August 1885 plötzlich ein Gefühl von Taubheit der linken Gesichtshälfte, er consultirte aber keinen Arzt, da ihm dieses Leiden keine weiteren Unbequemlichkeiten verursachte. Am 29. November suchte er ärztliche Hilfe gegen eine Exacerbation seines Eczemes.

Am 30. Abends, hatte er ein leichtes Gefühl von Schwindel gehabt, sich aber sonst wohl gefühlt. Am nächsten Morgen erwachte er mit einer gekreuzten Hemiplegie: l. facialis, rechte Extremitäten. Am stärksten war der Arm afficirt, die ausgestreckte Zunge wich nach links ab. Auch fand sich linksseitige Anästhesie des Gesichtes, des Mundes und der Zunge. Die Uvula wich nicht ab; desgleichen fühlte Pat. eine Schwäche in den l. Kaumuskeln; bei genauer Untersuchung zeigte sich eine Atrophie des Masseters dieser Seite. Die Sprache war während einiger Tage atactisch. Die Temperatur in beiden Axillae gleich und normal. Nach 24 Stunden besserte sich der Zustand des Patienten wesentlich bis auf die Lähmung des Trigeminus. Die Geschmaksempfindung war auf beiden Zungenhälften vorne wie hinten vollkommen normal; Patient klagte nur über ein taubes Gefühl in der l. Mundhälfte. Ebenso erwiesen sich Geruchs- wie Gehörssinn intact.

Die 2. Untersuchung am 27. Dezember 1885: Gang normal, ebenso die Bewegungen des afficirt gewesenen Armes. Händedruck r. 28 l. 48. Keine sensor. Störungen. Die Trigeminuslähmung war gleichfalls fast verschwunden; hiergegen fand sich noch Anästhesie der ganzen l. Gesichtshälfte mit Einschluss der Cornea, der l. Zungenhälfte und des l. Gaumens, ferner ein leichter Grad von Myosis und Myopie. Pupillenreaction normal.

Am 1. Januar 1886 trat eine Monoplegie des l. Armes auf, und

eine leichte Zunahme der Gesichtslähmung. Anästhesie unverändert. Keine Veränderung der Psyche. — Verfasser geht nun ziemlich ausführlich auf die verschiedenen Theorieen den Geruchsnerven betreffend ein, und resumirt zum Schluss seine Ansicht in folgenden 3 Punkten:

1) Der Glosso-pharyngeus schickt Geschmacksfasern direct zu dem hinteren Drittel der Zunge.

2) Möglicherweise schickt dieser Nerv Geschmackfasern auch zu den vorderen zwei Dritteln der Zunge entweder durch die Chorda tympani oder direct zu dem 2. Ast des Inframaxillaris.

Der Glossopharyngeus communicirt möglicherweise mit dem Quintus durch den n. und plexus tympanicus und dem Ganglion oticum vermittelst des. r. petros. minor oder mit dem gangl. Meckelii vermittelst des n. petros maj.

3) Lähmung des Trigeminus mit Verlust des Geschmackes ist wahrscheinlich Folge einer peripheren Läsion, wobei gewöhnlich andere Kopfnerven mit afficirt sind; Lähmung des Tr. ohne Geschmacksverlust lässt eine centrale Affection vermuthen. Koenig (Dalldorf).

---

466) **Landsberg** (New-York): Affections of the eye dependent upon hysteria. (Ueber hysterische Affectionen des Auges.) The journal of. nerv. and ment. dis. Febr. 1886 p. 85.)

Verfasser berichtet über folgende 6 Fälle von hyster. Augenaffection aus seiner Praxis;

1) Spasmus der Accomodationsmuskeln, welche einen hohen Grad von Myopie vortäuschte. Spasmod. Contractur der Rectus internus:

2) Accomodation und retinale Asthenopie:

3) Neuralgie des Ciliarkörpers.

4) Amblyopie, Hemianopsie und Farbenblindheit.

5) „Springende“ Amaurosis (bald auf dem l., bald auf dem r. Auge.

6) Concentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes.

Koenig (Dalldorf).

---

467) **Reimann** (Moskau): Eine neue Methode zur Bestimmung der electrischen Reaction der Nerven. (Medezinscoie Obosrenie 1886 Nro. 7 pg. 655—666.)

Verf. bestimmt zuerst an einem galvanischen, mit Stromwähler und Galvanometer versehenen Apparate mit dem in Hauptschliessung befindlichen Rheostaten die Zahl der Widerstände, welche bei einer gegebenen Zahl von Elementen (z. B. 6) zur Hervorrufung der Ka Sz an dem zu prüfenden Nerven nöthig ist (z. B. 3000 O), schaltet dann den Körper aus und vermehrt darauf die Widerstände so lange, bis die Galvanometernadel wiederum den zuerst gefundenen Ausschlag giebt (z. B. 5000 O.): es wird dann der Widerstand an dem zu prüfenden Nerven 5000 — 3000 = 2000 O betragen. Verfährt man auf diese Weise so lange mit dem entsprechenden Nerven der anderen Körperhälfte, bis man dieselben 5000 O erhalten (einerlei wie viel davon auf den Körper und den Rheostaten kommt), so haben wir dieselbe Strom-

stärke angewandt, erfahren aber dabei, dass, wenn wir mehr Elemente zur Erreichung derselben Widerstände gebraucht, die electrische Reaction des Nerven herabgesetzt, im entgegengesetzten Falle aber erhöht war. Es ist somit die Erhöhung oder Herabsetzung der electrischen Reaction der Zahl der Elemente proportional, wir können folglich nicht allein die Veränderung der Reaction im Allgemeinen bestimmen, sondern eine vereinbarte Grösse (bestimmte Zahl der Elemente, der Grade am Galvanometer, der äusseren Widerstände) zur Bestimmung der electrischen Reaction verschiedener Nerven feststellen.

Hinze (St. Petersburg).

---

468) **Woldemar Taube** (Dorpat): Ueber hypochondrische Verrücktheit. (Inaug. Dissertation, 76 p. 1886.)

In dieser fleissigen und übersichtlichen Arbeit, welche der Verf auf Anregung und mit Unterstützung von Tiling und Merklin theils nach eigenen Beobachtungen, theils unter Benutzung der reichhaltigen Literatur über diesen Gegenstand geschrieben hat, findet sich zunächst die historische Darstellung der Wandlungen, welche der Begriff und die Auffassung von Hypochondrie im Laufe der Zeit erfahren hat. Es wird gezeigt, dass die Meinung älterer Autoren, das Wesen dieser Krankheit sei stets in einer Erkrankung der Unterleibsorgane zu suchen, seit Pomme und Cannstatt ein überwundener Standpunkt ist, dass man die Hypochondrie gegenwärtig vielmehr allgemein als eine nervöse Störung auffasst, und dass die Ansichten nur darin differiren, wie gross der Antheil ist, den das periphere und das centrale Nervensystem, — insbesondere das Gehirn —, am Zustandekommen derselben hat. Während die Einen das Hauptmoment oder gar die einzige Ursache in einer krankhaften Reizbarkeit des ersteren erblicken, glaubten Andere, wie z. B. Romberg, den Grund der Hypochondrie lediglich in einer krankhaften Reactionsweise des centralen Nervensystems suchen zu müssen. Nach des Verf.' Ansicht liegt die Wahrheit in der Mitte. Als Stütze für diese Meinung dienen ihm auch die einschlägigen Anschauungen von Jolly und Schüle.

Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass die Hypochondrie, ebenso wie die Hysterie, fast immer aus einer neuropsychopathischen Anlage hervorgeht, deren Anfänge sich bisweilen bis in die Kindheit verfolgen und nicht selten schon gewisse Züge von Hypochondrie erkenen lassen. Das männliche Geschlecht zeigt eine grössere Disposition zur Hypochondrie als das weibliche. Dieselbe erhält ihr characteristisches Gepräge erst durch die krankhaft veränderte Stimmung, sie ist also wesentlich eine Geistesstörung. Die Fixirung der Aufmerksamkeit auf diesen oder jenen Vorgang im Körper macht das Wesen der Krankheit nicht aus. Demnach kann auch einem zufällig bestehenden somatischen Leiden nur als complicirendes Moment Bedeutung beigemessen werden.

Es folgt nun eine knappe, aber gute Schilderung des entwickelten Krankheitsbildes der einfachen Hypochondrie, aus der wir nur entnehmen wollen, dass ausser der deprimirten Gemüthsstimmung häufig

Angstanfälle und nicht selten heftige Aufregungszustände beobachtet werden, — letztere hauptsächlich dann, wenn dem Kranken dringend eine ihm heilsam dünkende Manipulation an seinem Körper untersagt wird, dass ferner die abnormen Sensationen in der Hypochondrie eine Hauptrolle spielen, und dass zuweilen auch Zwangsvorstellungen in derselben vorkommen. — Der Verlauf der Hypochondrie ist exquisit chronisch, durch Exacerbationen und Remissionen ausgezeichnet. — Die Prognose ist im Ganzen nicht sehr günstig. Sie hängt natürlich wesentlich von der Schwere und der Dauer der Krankheit ab. Dass gelegentlich nach der Heilung eines complicirenden körperlichen Leidens, z. B. eines chronischen Magencatarrhs, die Heilung oder die wesentliche Besserung der Hypochondrie leichter eintritt, kann nicht in Abrede gestellt worden.

Verf. wendet sich nun speziell zu der Besprechung der hypochondrischen Verrücktheit, die seiner Ansicht nach entweder aus einer bereits Jahre lang bestehenden einfachen Hypochondrie oder aus einem kurzen hypochondrischen Vorstadium zur Entwicklung gelangt. Die genaue Angabe von welchem Zeitpunkt ab ein Hypochonder als Verrückter aufzufassen ist, lässt sich schwierig machen. Im Ganzen wird man nicht fehl gehen, hypochondrische Verrücktheit dann anzunehmen, wenn der Inhalt der hypochondrische Vorstellungen immer absurder, monströser und phantastischer wird und das ganze Handeln des Kranken ausschliesslich beherrscht, und wenn ferner der Verstand oder das Gemüth, oder beide, in krankhafter Weise verändert sind. Anderweitige wahnhafte Vorstellungen sowie Illusionen und Hallucinationen der höheren Sinnesgebiete sind zur Stellung der Diagnose nicht erforderlich.

Die hypochondrische Verrücktheit verläuft nach Verf. in zwei differenten Formen. Die erste ist characterisirt durch die Fixirung einer hypochondrischen Wahnidee und wird als „fixe Hypochondrie" bezeichnet. Die zweite zeichnet sich, analog dem Bilde der einfachen chronischen Verrücktheit, durch den Wechsel der hypochondrischen Wahnvorstellungen und durch die Weiterausbildung derselben zu Verfolgungs- und Grössenwahnideen aus.

Die erstgenannte Form ist von Einigen fälschlich der einfachen Hypochondrie zugetheilt worden; indess, während der einfache Hypochonder seine Sensationen nur verkehrt beurtheilt und ihnen aus übertriebener Besorgniss schwere Organerkrankungen als Ursache supponirt, interpretirt ein solcher hypochondrisch Verrückter Alles, was er an seinem Körper zu beobachten Gelegenheit hat, im Sinne seiner Wahnidee. — In der fixen Form der hychondrischen Verrücktheit fehlen Hallucinationen der höheren Sinnesgebiete, es kommt ferner nicht zu Verfolgungs- und Grössenwahnideen, alle körperlichen pathologischen und nicht pathologischen Vorgänge werden auf diejenige Störung zurückgeführt, die den Inhalt der fixirten Wahnideen bildet, von einem Ergriffenwerden anderer Vorstellungs-Bezirke ist kaum Etwas zu merken, die Intelligenz bleibt sehr lange Zeit intakt, der Inhalt der hypochondrischen Wahnideen kann innerhalb der Grenzen des Möglichen liegen. Zu dieser Form der

hypochondrischen Verrücktheit tendiren hauptsächlich durch sexuelle Excesse oder Onanie geschwächte Individuen. Am häufigsten kommt die Wahnidee vor, tabisch, impotent, syphilitisch, oder vom Gifte eines tollen Hundes inficirt zu sein. Die Prognose dieser speziellen Krankheitsform ist eine durchaus trübe.

Die zweite Form der hypochondrischen Verrücktheit zeigt in ihrem klinischen Bilde grosse Aehnlichkeit mit der einfachen chronischen Verrücktheit (der zweiten Westphal'schen Form), unterscheidet sich aber von ihr durch die vorwiegend hypochondrische Natur der Wahnvorstellungen. Auch sie geht aus einem kurzen hypochondrischen Vorstadium, oder aus einer bereits Jahre lang bestehenden einfachen Hypochondrie hervor. Als veranlassende Momente sind im allgemeinen alle das Nervensystem überreizenden und schwächenden Einflusse anzusehen, insbesondere sexuelle Excesse Masturbation. Diese Art von Kranken zeigt von vorneherein neben den hypochondrischen Wahnideen ein grosses Misstrauen gegen die Umgebung, das sich allmählich zum völligen Verfolgungswahn ausbilden kann, in welchem der Kranke alle seine quälenden Empfindungen nicht mehr allein auf eine Erkrankung der Organe beziehen, sondern grösstentheils als Folgen einer von aussen einwirkenden feindlichen Macht ansehen zu müssen glaubt. Die Motivirung und Interpretation der Gefühlsillusionen und Hallucinationen wird immer monströser und phantastischer und pflegt die Grenze des Möglichen ganz zu verlassen. Was die Hallucinationen betrifft, so stellen sich zunächst solche des Gehörs, bald aber auch solche des Geschmacks und Geruchs ein. Gesichtshallucinationen sind bei dieser Krankheitsform selten. In Folge des Auftretens der Sinnestäuschungen, besonders von Seiten des Gehörs, wird eine vorher noch mögliche theilweise Correctur zur Unmöglichkeit. Um sich gegen die vermeintlichen Verfolgungen zu schützen, nimmt der Kranke in seiner Wohnung und an seiner Kleidung meistens zu ganz seltsamen Mitteln seine Zuflucht. Zuweilen, vornehmlich, wenn keine Hallucinationen der höheren Sinnesgebiete in die Erscheinung treten, kommt es nicht zur Ausbildung von Verfolgungs-Wahn. Zur Unterscheidung dieser Fälle von Fällen einfacher Hychondrie ist indess stets der Umstand massgebend, dass die Wahnideen der ensteren etwas Absurdes und Monströses aufzuweisen haben. — Die hypochondrisch Verrückten können für sich und Andere gefährlich werden. Ihr Intellekt leidet erst ganz allmählich, und die Abnahme desselben wird nie hochgradig. — Im Gegensatz zur einfachen chronischen Verrücktheit bietet die hypochondrische Verrücktheit lange nicht so charakteristische Exercerbationen und Remissionen dar. Intermissionen kommen gar nicht vor. — Die Prognose der zweiten Form der h. Verrücktheit ist ebenso trostlos wie die der zuerst beschriebenen. — Die von von Krafft-Ebing beschriebene besondere Form der hypochondrischen Verrücktheit, welche bei neuropathischen, von Kindheit an der Masturbation ergebenen Individuen auftreten und sich vorzüglich durch widrige Geruchshallucinationen und das Gefühl des Beachtetseins kenntlich machen soll, scheint dem Verf. nicht so viel Besonderes darzubieten, dass man ihr einen besonderen Platz in

dem Krankheitsbilde der hypochondrischen Verrücktheit anzuweisen nöthig hätte.

Uebrigens kommen vorübergehend fast bei allen Formen psychischer Störung hypochondrische Wahnideen zur Beobachtung, am häufigsten jedenfalls in der Melancholie, Hysterie, Paralyse und senilen Demenz.

Zum Schlusse recapitulirt der Verf. die Hauptergebnisse seiner Arbeit dahin:

1) Die Hypochondrie ist eine Geistesstörung. Ihre Wurzeln sind in neuropathicher Disposition zu suchen. Das klinische Bild charakterisirt sich durch das Vorwalten einer deprimirten Gemüthsstimmung, durch die zwangsmässige beständige Richtung der Gedanken des Kranken auf das Befinden der eignen Person, durch übertriebne Furcht vor Krankheiten, durch den steten Wechsel der Befürchtungen und durch falsche Beurtheilung der auf einer Störung im peripheren sensiblen Nervensystem und einer psychischen Hyperästhesie beruhenden Sensationen. Der Verlauf der Störung ist ein chronischer; er bietet immer Eaxcerbationen und Remissionen dar; die Prognose ist im Allgemeinen ungünstig.

2) Die hypochondrische Verrücktheit bietet uns das Bild einer Geistesstörung dar, die entweder aus einem kurzen hypochondrischen Vorstadium oder chronischer Hypochondrie sich entwickeln kann und bei welchen Wahnideen hypochondrischen Inhalts die Hauptsymptome darstellen. Sie verläuft in zwei differenten Formen:

a. Die erste Form zeigt das Vorwalten einer fixirten hypochondrischen Wahnidee, die auf Grundlage von Sensationen sich entwickelnd bis zum Ausgange der Krankheit erhalten bleibt. Die Prognose ist absolut ungüstig.

b. Die zweite Form zeigt grosse Aehnlichkeit mit der einfachen hypochondrischen Verrückheit und unterscheidet sich von dieser durch das Vorwalten des hypochondrischen Elements. Sie characterisirt sich durch das Vorherrschen von h. Wahnideen, die, was ihren Inhalt anbetrifft, grossem Wechsel unterliegen und durch Illusionen des Gefühls unterhalten, durch Hallucinationen in andern Sinnesgebieten bis zum Verfolgungswahn (in seltnen Fällen bis zum Grössenwahn) entwickelt werden können. Reinhard (Hamburg).

---

469) **Christoph,** Dr. jur.: Ueber Geistesstörung als Ehescheidungsgrund von juristisch-psychiatrischem Standpunkte.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 42. Heft 6. 1886.)

Nach Aufzählung der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen sämmtlicher cultivirter Völker und Staaten bejaht Verf. die Frage, ob Geistesstörung als Ehescheidungsgrund betrachtet werden soll, unbedingt. „Unsere Gesetzesfactoren für das neue Civilrecht haben nur die Macht, die Geisteskrankheiten unbeschränkt als Ehescheidungsgrund zuzulassen, wozu sie sich kaum entschliessen dürften, oder die Bestimmungen des Sächsischen Civilgesetzbuches § 1743 in Verbindung mit § 114 des Gothaischen Gesetzes aufzunehmen, aber das letztere freilich auch mehr der humanen Anschauungsweise unserer heutigen Zeit entsprechen dürfte."

Die beiden Paragraphen lauten: 1) „Wegen Geisteskrankheit, in welcher ein Ehegatte während der Ehe verfällt, kann der andere Ehegatte Scheidung verlangen, wenn auf Grund einer in einer Landesanstalt stattgefundenen dreijährigen Beobachtung des erkrankten Ehegatten von den Anstaltsärzten bezeugt wird, dass die Geisteskrankheit eine unheilbare ist."

2) „Der auf Scheidung antragende Ehegatte ist verpflichtet, nicht allein das in seinen Händen befindliche Vermögen des Geisteskranken zurück zu geben, sondern auch für die nach Verhältniss des Standes nothdürftige Verpflegung desselben, insofern ihm dieselbe nicht aus eigenen Mitteln verschafft werden kann, nach seinem Vermögen und Kräften zu sorgen." Kron (Berlin).

---

470) **A. Verga:** Del esame del cranio nei pazzi. (Ueber die Untersuchnng des Schädels dei Geisteskranken.) (Archiv. ital. p. l. mal. nerv. 1886. II.)

Man möge es allerdings nicht unterlassen bei der Untersuchung Geisteskranker auch dem Schädel Aufmerksamkeit zu widmen, man wird namentlich in aetiologischer Beziehung (Trauma, Syphilis) dadurch wichtige Aufschlüsse erlangen können; aber viel mehr werden wir dadurch nicht lernen. — Weder die Percussion noch die Auscultation des Schädels und auch nicht die Thermometrie des Schädels verdienen gegenwärtig eine ernstliche Berücksichtigung. Für etwaige Schädelmessungen genügen wenige Maasse. Obersteiner (Wien).

IV. Tagesgeschichte.

Aus Dresden. Die Stadtverordneten haben kürzlich 200000 Mark für eine Irrenstation bewilligt, welche mit dem Neubau eines grossen städtischen Siechenhauses verbunden werden soll.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Hertz'sche Anstalt in Bonn (Dr. Freusberg), Assistenzarzt, baldigst. 2) St. Gilgenberg bei Bayreuth (Dr. Falco's Privatanstalt), Assistenzarzt, 1. September. 3) Stellvertretung für einige Monate in eine Privatanstalt; selbständige Stellung; sofort. Meldung bei der Red. d. Bl. unter X. Y. Z.

Ernannt. Dr. Herm. Nitsche, II. Arzt und stellvertr. Director auf Sonnenstein zum II. Arzt in Dr. Pierson's Privatanstalt in Pirna. Dr. Jaworski III. Arzt auf Sonnenstein zum II. Arzt, Dr. Georg Lehmann zum III. Arzt daselbst. Dr. Ganser in Sorau zum Oberarzt in Dresden an Kraepelin's Stelle.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,
dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

9. Jahrg. 15. August 1886. Nro. 16.

Inhalt.



I. Originalien.

I.

Ein neuer Projections- und Coordinaten-Apparat für geometrische Aufnahmen von Schädeln, Gehirnen und andern Objekten.

Von Dr. K. RIEGER,
Privatdocent der Psychiatrie in Würzburg.

(Schluss.)

Auch für die Queraxe ist die Einstellung schon durch den Apparat gegeben. Der Mittelpunkt jedes der Näpfchen, welche die Condylen aufzunehmen haben, liegt genau über der Queraxe der Marmorplatte. Die Verbindungslinie der Mittelpunkte ist also eine Parallele mit dieser, wenn beide Mittelpunkte auch gleiche *Höhen*abstände von der Grundebene haben. Dass dies nicht immer der Fall zu sein braucht, darauf wurde schon oben hingewiesen, wo gesagt ist, dass der Apparat auch eine Einrichtung für die Drehung der *Queraxe* haben muss. Diese ist in der Art angebracht, dass statt eines der gewöhnlichen nur in horizontaler Richtung verschiebbaren Näpfchen ein anderes eingesetzt wird, das nicht nur in dieser sondern auch in *vertikaler* Richtung bewegt werden kann. Bei dieser Aufwärtsbewegung wird also die Queraxe um den einen feststehenden Stützpunkt so gedreht, dass sie immer in der gleichen *Frontal*ebene mit der Queraxe der Marmorplatte stehen bleibt, dass dann aber eine durch sie gelegte *Horizontalebene* zu der Grundebene mehr oder weniger geneigt ist.

Ruhen die Condylen auf gleichhoch stehenden Stützpunkten, so ist die Einstellung des Schädels durch sie mit bestimmt, indem die transversale Axe der gewählten Horizontalebene (deren Längsaxe z. B. durch die protuberantia occipitalis und die Nasenwurzel vorn, oder durch den Jochbogen oder andere Punkte bestimmt sein kann) dann einfach eine Parallele zu der Verbindungslinie der Berührungspunkte der Condylen ist. In diesem Fall ist also zur Einstellung weiter nichts nöthig als die Feststellung der *Längsaxe*, da die *Queraxe* schon durch die Einrichtung des Apparats gegeben ist. Man hat dann nur darauf zu achten, dass möglichst *identische* Punkte beider Condylen mit den Näpfchen in Berührung sind, am Besten immer so, dass ihr vorderer Rand mit dem vorderen, ihr innerer mit dem innern der Näpfchen zusammenfällt. Hat man diesem Umstand sorgfältig Rechnung getragen und die Medianlinie in der oben beschriebenen Weise genau eingestellt, so zeigt die Stellung, die man unter diesen Bedingungen den Näpfchen auf der Queraxe zu geben hatte, unmittelbar an, wie weit die Condylen von einander entfernt sind und besonders ob jeder gleich weit von der durch andere Punkte bestimmten Medianebene entfernt ist, ob die ihre Verbindungslinie rechtwinklig halbirende Medianaxe in derselben Medianebene liegt wie z. B. die durch mediane Punkte an Stirn und Hinterhaupt bestimmte. Man kann am Schluss der Untersuchung nach Abnahme des Schädels die Stellung der Näpfchen durch einfache Messung bestimmen und daraus erkennen, ob die Mittelaxe des Hinterhauptlochs z. B. mit der Verbindungslinie

der crista occipitalis und sutura nasalis in gleicher Medianebene liegt. Jedoch bemerke ich, dass hiebei subjektive Fehlerquellen immer noch eine grosse Rolle deshalb spielen, weil die Aufstellung auf identische Stellen der Condylen nur eine schätzungsweise sein kann. Zur völlig genauen Feststellung dieser Beziehungen eignet sich desshalb besser die später zu besprechende Aufstellung mittelst des Messtisches, wie sie in Fig. II und III dargestellt ist.

Ruhen identische Stellen der Condylen auf gleichhoch stehenden Stützpunkten auf, so kann mittelst des Parallelographen sofort bestimmt werden, ob auch andere identische Punkte rechts und links am Schädel bei dieser Aufstellung in gleicher Höhe liegen oder nicht. Solche identische Punkte sind die Spitzen der Warzenfortsätze, Punkte des äusseren Gehörganges, Punkte an den Augenhöhlen, an Nähten u. s. w. Ob solche *identische* oder *gleichnamige* Punkte rechts und links auch *symmetrisch* sind, frägt sich immer. Nach der Idee, die wir vom Schädel in uns tragen, als von einem bilateral-symmetrischen Gebilde, sollten sie es sein, die Wirklichkeit zeigt aber vielfache Abweichungen von diesem Ideal. Wir können dabei *horizontale* und *vertikale* Asymmetrien unterscheiden. Die *horizontalen* kommen auf den Horizontalcurven zum Vorschein: ein Punkt des äussern Gehörgangs einer Seite kann z. B. genau in derselben Horizontalebene liegen wie der identische der anderen Seite, aber einen grösseren Abstand von der Medianlinie haben. Verticale Abweichungen zweier solcher gleichnamiger Punkte können sich ergeben, wenn z. B. die Condylen auf gleichhochstehenden Stützpunkten aufruhen. Es frägt sich dann aber immer, ob die Vertikalabweichung der speciell untersuchten identischen Punkte nur bei diesen allein, oder auch bei einem dritten Paare solcher Punkte zutrifft. Ist das letztere der Fall, liegen also z. B. identische Punkte am Ohr und Auge in parallelen Ebenen, die Condylen dagegen nicht, so ist mit grösserer Wahrscheinlichkeit, auf eine örtliche Abweichung an den Condylen, bei im Uebrigen symmetrischer Schädelanlage zu schliessen. Diese Frage bedarf dann speciellerer Untersuchung. Entscheidet man sich dafür, eine mit der Condylenaxe nicht parallele Ebene einzustellen, so tritt dann für dieses Bedürfniss die Vertikalbewegung des einen Stützpunkts ein. Man bringt das verschiebbare Näpfchen unter den Condylus derjenigen Seite, die man *höher* gestellt haben will, und dreht nach aufwärts. Dabei bewegt sich die gleichseitige Schädelseitenwand *stark nach aufwärts* vermöge ihrer grossen Entfernung vom Stützpunkt der Axe, die entgegengesetzte Seite vermöge der geringen Hebellänge nur *sehr wenig nach abwärts*, sodass die Einstellung immer rasch beendet ist, wenn man bei der Hebung der einen Seite ein wenig unter der anfänglichen Höhendifferenz bleibt. Hat sich bei dieser Drehung der Queraxe der Schädel etwas aus der Medianebene herausgedreht, so muss deren Einstellung wieder besonders corrigirt werden.

Hat man die zur Aufnahme der Condylen bestimmten Näpfchen verschieden hoch gestellt, so ist man also damit von der Voraussetzung ausgegangen, dass im Vergleich zu der Majorität identischer Schädelpunkte die Condylen eine örtliche Abweichung insofern zeigen, als sie nicht beide in gleicher Höhe liegen. *Wie gross* die Höhendifferenz

ist, lässt sich aus dem Stande der Näpfchen nach Abnahme des Schädels immer leicht bestimmen. All dies kann dann, worauf vorhin schon hingewiesen, durch die Einstellung in andern Projektionen mittelst des Messtisches noch besonders controlirt werden.

Aus den angeführten Beispielen erhellt zur Genüge, wie man mittelst des Apparats die allerverschiedensten Einstellungen direkt mit einander vergleichen, durch einfache Ablesung am Kreisbogen die Winkel der verschiedensten Längsaxen bestimmen kann. Doch haben die Excursionen natürlich ihre Grenzen. Der Schädel kann nicht zu stark nach hinten und nicht zu stark nach vorn übergeneigt werden, weil sonst die auf die Unterlage drückende Gewichtscomponente so gering würde, dass er einfach vorne oder hinten überfiele. Doch reichen die Einstellungsmöglichkeiten für alle nur überhaupt in Betracht kommenden Stellungen, die man noch als überwiegend *horizontale* bezeichnen kann, vollkommen sicher aus; dagegen ist es natürlich nicht möglich, einen Schädel in dieser Weise auch *vertikal* aufzustellen. Da nun aber eine Aufstellung sowohl im Sinne der Fig. II als dem der Fig. III aus den oben (S. 6) angegebenen Gründen ebenfalls nothwendig wird, so muss dazu der *Messtisch* dienen, der sich dann auch für verschiedene andere Zwecke noch als nützlich erweist.

Der *Messtisch* wird ebenfalls auf den Kreisbogen und auf zwei Unterstützungspunkte der Queraxe eingestellt. An dem hinteren Ende des Kreisbogens greift in eine Vertiefung ein kleiner Stift ein, auf der Queraxe werden Hülsen mit Spitzen befestigt, die in kleine Löcher des Messtisches eingreifen. Auf diesen Punkten ruht der Messtisch nicht unmittelbar auf, sondern es ist noch ein Zwischenstück eingeschaltet, wie aus den Figuren ersichtlich, bestehend in einem dreischenkligen Metallstücke, dessen hinteres Ende den Stift für den Kreisbogen, dessen seitlich diverigirenden vorderen Enden die kleineren Löcher zur Aufnahme der Spitzen auf der Querstange tragen. Dieses Stück ist mit der eigentlichen Messplatte durch verschraubbare Zapfen verbunden, mittelst deren der Messplatte noch innerhalb kleiner Excursionen verschiedene Neigungen gegeben werden können. Der ganze Messtisch kann nun mittelst Verschiebung des Kreisbogens gerade so in verschiedenen Neigungen zur Grundebene eingestellt werden, wie dies früher für den direkt aufgesetzten Schädel beschrieben wurde. Seine Oberfläche ist mit einer speciell construirten Wachsmasse von ausgezeichneter Klebkraft ausgegossen, von der jedem Apparate eine Quantität in Reserve beigegeben wird. Wird das Wachs vorher etwas erwärmt, so haftet die Stelle des Schädels, die in dasselbe eingedrückt wird, sehr fest.

Welche Stellungen man in dieser Weise dem Schädel auf der Messplatte geben will, hängt natürlich wieder ganz von dem Belieben des Untersuchers ab. Die dabei in Betracht kommenden Gesichtspunkte werden sich nach dem bisher Erörterten für jeden, der sich damit beschäftigen will, von selbst ergeben. Das Princip bleibt immer dasselbe: innerhalb ziemlich weiter Excursionen beliebige Horizontal- und Vertikalebenen einstellen zu können, ihre Winkel am Kreisbogen direkt abzulesen.

Zu bemerken ist noch, dass man bei der Aufstellung eines so grossen und schweren Gegenstandes, wie es ein ganzer Schädel ist, mit einiger Geschicklichkeit verfahren muss, damit er nicht das Uebergewicht bekommt. Bei einiger Uebung wird sich diese aber Jedermann aneignen.

Viel leichter ist die Manipulation mit dem Messtisch, wenn man ihn, was auch mit grossem Vortheil geschehen kann, statt für ganze menschliche Schädel nur für *Schädeltheile* benutzt, z. B. für Winkelmessungen an einer halbirten Schädelbasis und drgl., oder zur genauen Messung kleinerer Thierschädel. Hier bereitet das Aufsetzen nicht die mindeste Schwierigkeit, es kann auch vom Ungeübtesten im Augenblick vorgenommen werden. Im Uebrigen ist wohl unmittelbar ersichtlich, dass der Messtisch überhaupt für Gegenstände, die eine gewisse Grösse nicht überschreiten, einen Universalprojektionsapparat darstellt, dass er z. B. auch für feine Messungen von Gehirnen oder Gehirntheilen benutzt werden kann, so für die genaue topographische Aufnahme der Furchen und Windungen einer gut gehärteten Hirnhemisphäre. Auch für ein anderes anatomisches Objekt dürfte er sich besonders brauchbar erweisen: nämlich für Gelenkflächen und deren mathematisch genaue Aufnahme.

Das Messungsprincip, dass nämlich mittelst der genau in der gleichen *Vertikal*ebene liegenden Indices auf der Bodenfläche die mit einem obern Horizontalarm ausgeführten Messungen in frontaler und sagittaler Richtung abgelesen werden, während eine Eintheilung an der Vertikalaxe die unmittelbare Ablesung der Vertikaldistanzen gestattet — dieses Princip habe ich auch bei einem Apparat im Grossen in Anwendung gebracht, den ich aus Holz construiren liess und mit dem Projektionsmessungen am ganzen lebenden Menschen oder Skelet gemacht werden können. Das Objekt befindet sich, je nach Bedürfniss hängend, stehend oder sitzend, auf einer grossen, mit Centimetertheilung schachbrettartig versehenen Holzplatte zwischen zwei Vertikalstangen, durch welche vorn und hinten die Medianlinie des Körpers bestimmt wird. Ist es so fixirt, so wird eine mit verschiebbarem Horizontalarm versehene Vertikalstange, die an ihrem Fuss die Indices trägt, auf kleinen Rollen an das Objekt herangeführt. Gerade wie es oben von dem Apparat im Kleinen beschrieben ist, so wird nun auch hier immer die Axe der Indices je mit einer der Medianebene des Körpers parallelen oder zu ihr rechtwinkligen Linie der Eintheilung auf der Bodenfläche zur Deckung gebracht. Alle Masse können so in genau rechtwinkliger Projektion bis auf einen Centimeter genau abgelesen werden.

Dieser Apparat erweist sich in zweierlei Richtungen als nützlich. Er dient einmal der Ausführung einer correcten Anthropometrie in der *Ruhe*, dann eignet er sich aber besonders gut zur Vergleichung verschiedener Stellungen bei Ausführung von *Bewegungen*. Mit seiner Hilfe ist z. B. eine genaue Projektion der Stellungen des Schulterblatts bei den verschiedensten Armhaltungen möglich, von welcher sonst ein klares Bild zu bekommen fast unmöglich ist. Es möge hier an diesem Hinweis genügen, um anzudeuten, wie wichtig der Apparat für die Pathologie der Lähmungen und Contrakturen werden kann.

Ich werde voraussichtlich bald Gelegenheit haben, hierüber speciellere Untersuchungen zu veröffentlichen.

Was nun noch einmal die Anwendung des Apparats im Kleinen für das specielle Objekt, den Schädel, betrifft, so darf ich wohl hoffen, dass er um seiner Einfachheit willen bald von Jedem benützt werden wird, der sich nicht bloss in dilettantischer, sondern in ernsthafter Weise mit dem Schädel befassen will. Der optische Coordinatenapparat von Professor Benedikt in Wien, auf den oben (S. 4) schon hingewiesen wurde, wäre zwar an vollendeter Genauigkeit dem meinigen zweifellos überlegen. Aber die bedeutend grössere Complicirtheit der Construktion und Handhabung und der jedenfalls bedeutend höhere Preis werden wohl nie gestatten, jenen in ausgedehnterem Masse in der Praxis einzubürgern. Es ist aber sehr zu betonen, dass Professor Benedikt der erste war, der der bisherigen Schädelmesserei nicht nur kritisch ihre geometrische Werthlosigkeit nachwies, sondern auch positiv durch Schaffung eines äuserst feinen und exakten Apparats den richtigen Weg betrat.

Das Bedürfniss nach einer sachgemässen Methode, den Schädel zu studiren, wird sich um so mehr herausstellen, je mehr auch in der Psychiatrie der Schädelform Beachtung geschenkt werden wird. Man wird sich dabei freilich hüten müssen, nicht in phrenologische Plattheiten zu verfallen — eine Gefahr, die leider tief in unsrer geistigen Organisation begründet ist, worüber ich den, der sich dafür interessirt, die betr. Abschnitte meiner Schrift: „Ueber die Beziehungen der Schädellehre“ etc. Würzburg. Stahel. 1882 zu vergleichen bitte. Aber wenn man vor der Verführung durch den dort geschilderten Unsinn sich schützen gelernt hat, bietet die Schädel- und die mit ihr so innig zusammenhängende Hirnform allerdings auch für die Psychiatrie eine Fülle der interessantesten Probleme.

Ich möchte in dieser Beziehung noch *eine* Erwägung ans Herz legen. Wenn es einerseits gewiss ein sehr berechtigtes Bestreben der Psychiatrie ist, unermüdlich nach direkt sichtbaren und greifbaren Symptomen bei psychisch abnormen Individuen zu suchen, und zwar aus dem einfachen Grund, weil solche Symptome ihrer Natur nach, einmal sicher gefunden, dann am meisten Objektivität und Ueberzeugungskraft besitzen; — so kann doch andrerseits eine besonnene Forschung nicht verkennen, dass bei der ganz überwältigenden Mehrzahl von Geisteskranken anatomisch nachweisbare *Veränderungen des Hirns* im eigentlichen Sinn nicht zu erwarten sind. Vor der Verfolgung eines derartigen falschen Zieles warnt nämlich nicht nur die Erfolglosigkeit aller bisherigen Bemühungen — diese hätten ja bis jetzt mangelhafte sein können —, sondern viel stärker die einfache Ueberlegung, dass eine eigentliche *Hirnkrankheit* vor allem — ganz abgesehen von psychischen Störungen — sonstige schwere Erscheinungen ausnahmslos zur Folge hat, und in keinem Fall für die Prognose quoad vitam so gleichgültig ist wie dies der Fall ist bei der weitaus überwiegenden Zahl der nicht-paralytischen Geistesstörungen. Es wird desshalb stets dabei bleiben müssen, dass wir der Minderzahl der *organischen*, nach ihrem hervorragendsten Symptom in Kürze auch als paralytische zu

bezeichnenden, Hirnkrankheiten gegenüberzustellen haben die grosse Mehrzahl der rein *funktionellen*, deren Begriff im Wesentlichen eben gerade das negative Charakteristikum enthält, dass bei ihnen auch im Falle einer Autopsie keine sichtbaren und greifbaren Veränderungen im Hirn nachzuweisen sind.

Dabei ist jedoch durchaus nicht ausgeschlossen, dass es nicht einer genauer eingehenden Untersuchung gelingen sollte, wenigstens die Anzeichen einer *Disposition* zu solchen Funktionsstörungen auch im *anatomischen Bau* nachzuweisen. Bei hochgradig abnormen Bildungen, wie der Mikrocephalie, verstehen wir das mangelhafte psychische Funktioniren unmittelbar von selbst. Es wäre nun gewiss ein ganz richtiger Weg für die Forschung, von solchen evidenten und eklatanten Beziehungen ausgehend auch die weniger in die Augen springenden Fälle unter Gesichtspunkten zu untersuchen, die durch jene an die Hand gegeben werden. Dazu bedarf es aber befriedigender Methoden.

Ich habe mir sechs Jahre hindurch unter vorläufigem Verzicht auf alle „*Resultate*“ die Beschränkung auferlegt, meine diesem Gebiete gewidmeten Bestrebungen ausschliesslich auf die Methoden zu richten. Ich glaube die gefundenen nunmehr als ausreichend betrachten zu dürfen und übergebe sie allgemeiner Benutzung.

Ich will auch an dieser Stelle nicht unterlassen, in dankbarster Anerkennung auf die Verdienste hinzuzuweisen, die sich bei der Construction der Apparate erworben haben Herr Dr. Florschütz aus Coburg durch seinen eifrigen Rath und Antheil und Herr Mechaniker Siedentopf hier, der die Ausführung meiner Ideen dadurch ermöglicht, dass er ihnen sein reiches mechanisches Wissen und Können zur Verfügung stellte.

Anfragen wegen Bestellung von Apparaten können jederzeit an mich gerichtet werden.

Würzburg, Juli 1886.

II.

Ein Fall von secundärer absteigender Degeneration des äusseren Bündels im Fuss des Hirnschenkels.

Von Dr. C. WINKLER in Utrecht.

Den bekannten Fällen von secundärer absteigender Degeneration der äusseren Portion des Hirnschenkelfusses (Bechterew[1]), Rossolymo[2]), meinen früheren Fall[3]) möchte ich einen neuen hinzufügen.

Bei einer hochgradig dementen, rechtseitig paralytischen Frau, welche an sensorisch dysphatischen Störungen litt, fand sich ein ziemlich ausgedehnter Erweichungsherd an der Convexität der linken

---

[1]) Bechterew, Ref. Neurologisches Centralblatt 1885. S. 393 und Ref. ibidem 1886. S. 174.

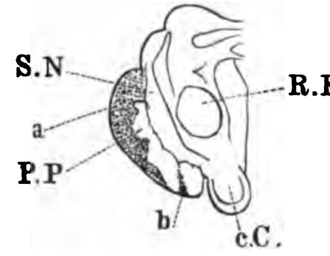
[2]) Rossolymo, ibidem 1886. Nro. 7.

[3]) Winkler, Dieses Centralblatt 1886. S. 110.

Hemisphäre. Stirn- und Hinterhauptslappen waren ganz intakt. Wand-, Schläfe- und Stammlappen nahmen mehr weniger am Herde Theil.

Die Ausdehnung des Herdes war genauer die folgende. Die hintere Centralwindung war in ihrem hinteren Theile, der Fissura postcentralis parallel, getroffen; die obere Parietalwindung zum kleineren Theil, die untere vollständig zerstört; der gyrus marginalis und das Anfangsstück des gyrus angularis waren vollständig vernichtet. Die hintere Hälfte der ersten Schläfenwindung, und ein kleiner Abschnitt der zweiten Schläfenwindung war erweicht. Ebenso die zwei hinteren Inselwindungen oberflächlich. An ihrer tiefsten Stelle drang die Erweichung 1 bis $1^1/_2$ Ctm. in der weissen Substanz vor. Sonst wurden macroscopisch nirgendwo Aenderungen gesehen.

Aus anderem Zwecke wurde eine Schnittserie durch den pedunculus cerebri und die capsula interna schief, nahezu parallel dem Bogen des tractus opticus gelegt. Es zeigte sich eine Degeneration im pes pedunculi cerebri, wie sie in der beigegebenen Zeichnung sichtbar.



Sie breitete sich hauptsächlich, aber nicht ausschliesslich, in der lateralen Portion des Fusses aus. Eine kleine circumscripte, keilförmig degenerirte Stelle (b) wurde im medialen Theil aufgefunden. Eine geringfügige aber deutliche Degeneration setzte sich in der gleichseitigen Pyramide fort, und war bis tief im Halsmark im gekreuzten Hinterseitenstrang noch nachzuweisen.

Nach Härtung in Bichromas Ammoniae 3% war die degenerirte Stelle schon dem blossen Auge an ihrer weissen Verfärbung erkennbar. Eine scharfe Trennungslinie welche in schwachem dorsal concavem Bogen die Substantia nigra mit dem medialen Drittel der ventralen Oberfläche des Fusses vereinigte, trennte die Stelle (a) von der normalen Partie.

Am schönsten zeigten frische Präparaten (d. h. nach Härtung in Bichr. Ammon, während 1 Woche) in Kali glycerine untersucht, in den weiss verfärbten Partien massenhafte Körnchenzellen.

Präparate nach Weigert's Kupfer-haematoxylin-Verfahren zeigten nahezu vollständigen Schwund der markhaltigen Fasern. Die Ausdehnung war etwas grösser als die mit unbewaffnetem Auge erkennbare weiss verfärbte Partie. Carmin- und Aniline bue black hoben die Stelle durch stärkere Rosa- resp. Blaufärbung schön hervor. In Fuchsinpräparaten schien ein etwas grösserer Kernreichthum dort anwesend.

Ich möchte hervorheben, dass in diesem Falle der Hinterhauptslappen vollkommen intact war. Die Brückenkerne hatten absolut nicht gelitten. Ebensowenig liess sich auch nur eine Spur von Degeneration im pedunculus cerebelli ad pontem nachweisen. Schleifen- und Schleifenschicht intact.

Utrecht, Mai 1886.

III.

Ein Fall von beiderseitiger secundärer absteigender Degeneration des äusseren Bündels des Hirnschenkelfusses mit Atrophie der dorsalen Brückenhälfte und der grossen Olive.

Von G. JELGERSMA,

4. Arzt der Irrenanstalt in Meerenberg (Holland).

Bei einem Idiot wurden beiderseits im Centrum ovale Reste eines grossen, alten Abscesses gefunden, welcher sich unter der Rinde ausdehnte. Er befindet sich unter den gyri parietales inferiores und superiores, den gyri temporales I. und II. in ihren hintersten Theilen. In der Tiefe erstreckt sich der Abscess nicht bis zum Ventrikel. Die Pia mater war über den betroffenen Gyris erheblich verdickt. Diese Gyri selbst sind schlecht entwickelt, dünn, ihr normaler Verlaufstypus aber noch gut zu erkennen.

In beiden pedes pedunculorum zeigten sich eine atrophische Degeneration im medialen und im lateralen Drittel, das mittlere Drittel war augenscheinlich ganz normal.

Im medialen Drittel war die Degeneration nur unerheblich. An Aniline- blue black und Carminpräparaten zeigte sich eine Vermehrung der Kerne, eine Abnahme der Nervenfasern und macroscopisch eine dunklere Färbung.

Im lateralen Drittel war die Degeneration stärker ausgesprochen, und namentlich war eine Abnahme im Volumen schon macroscopisch am Schnitte erkennbar. Nicht das ganze laterale Drittel war degenerirt, ein schmaler Zug markhaltiger Nervenfasern lief lateral neben dem Pyramidenstrang her.

Nach unten konnte ich die Degeneration dorsal von den Pyramidenbahnen in der Brücke verfolgen.

Der Theil der Brücke dorsal von der Pyramidenfortsetzung gelegen war sehr atrophisch. Stratum profundum und die dorsalen Gebiete der centralen Brückenkerne waren fast ganz geschwunden. Die Längsbündel (der Pyramiden) grenzten fast unmittelbar an die Schleifenschicht. Formatio reticularis und Schleife intact. Die Pyramiden liefen intact durch die Brücke im distalen Theil nicht mehr von degenerirten Fasern umgeben.

Beide Oliven waren atrophisch. Macroscopisch waren die unteren Blätter sehr dünn und die Faltung sehr schwach.

Microscopisch waren in den unteren Blättern die Ganglienzellen *vollständig* geschwunden und fand sich eine Anhäufung von Körnern. Nach oben zu mischten sich nach und nach Ganglienzellen ein. In den obersten (proximalen) medialen Blättern überwiegten wieder Ganglienzellen.

Weiter waren die Bogenbündel, welche die Oliven mit den Corpora restiformia verbinden sollen, sehr erheblich geschwunden.

Das Kleinhirn ist microscopisch nicht untersucht. Das Rückenmark zeigte sich, abgesehen von einer abnormen Kleinheit, normal.

Meerenberg, Mai 1886.

II. Referate und Kritiken.

471) **Farge** (Angers): Étude sur les functions du centre ovale. (Function des Centrum ovale.) (L'Encephale. 1885. Bd. V. Nro. 4.)

Einundzwanzigjährige Arbeiterin, die bereits früher mehrere Male wegen „hysterischer“ Anfälle in Behandlung, tritt, nachdem seit einiger Zeit epileptiforme Anfälle, bei ihr bestehen, mit schweren epileptiformen Anfällen, an denen sich beide Körperhälften betheiligen, Lähmung der rechten Seite bei grosser Schmerzhaftigkeit derselben und doppelseitigem Decubitus in's Spital. Die Anfälle sind sehr heftig und häufig — bei 180 in einem Tag — ; auf grosse Dosen Bromkali mindern sie sich allmählich und verschwinden endlich, 14 Tage nach dem Eintritt, ganz. Zugleich kehrt die Beweglichkeit der linken Seite, besonders des linken Arms zum grossen Theile wieder. 14 Tage später tritt hohes Fieber, heftiger Kopfschmerz, cris hydrocephaliques, beträchtliche Hyperästhesie ein, die Lähmung in der rechten Seite kehrt wieder, aber kein epileptischer Anfall mehr. Nach zwei Tagen: Coma und Tod. *Autopsie:* Injection der Arachnoida über dem linken lobus parietalis und lobus frontalis. An dem vorderen Ende der linken ersten Frontalwindung eine Cyste, wohl ein erweichtes Myxogliom, ferner entsprechend der II. Frontalwindung eine Neubildung des Centrum ovale von derberer Consistenz, die F. als Fibrogliom anspricht. Da nach Pitres (und Anderen) Zerstörung der vordersten (praefrontalen) Gebiete des Centrum ovale zu motorischen Symptomen nicht Anlass giebt, so nimmt Verf. zur Erklärung der Convulsionen und der Lähmung Druckwirkung der Neubildung auf die benachbarte motorische Zone (faisceau pediculo-frontal) des Strahlkranzes an.

Schoenthal (Heidelberg).

---

472) **W. Gowers** (London): Notes on diseases of the nervous system. I. Fall von Miliar-Sclerose des Gehirns. (The Lancet 1886. 23. Januar.)

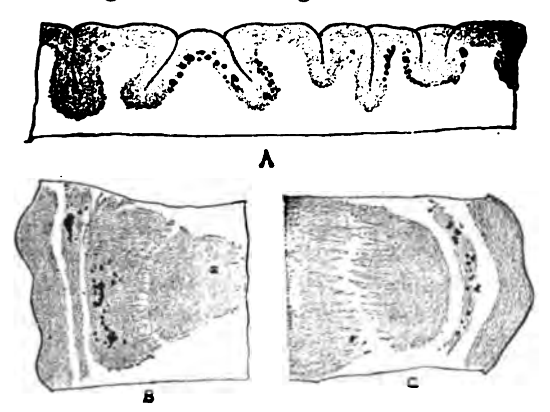
Die Bezeichnung „Miliar-Sclerose“ ist zuerst von Tuke und Rutherford angewendet worden, welche diesen Befund zuerst in der weissen Substanz einer atrophirten Kleinhirnhemisphäre eines Geisteskranken nachwiesen. Es handelte sich nur um einen mikroscopisch nachweisbaren Process, bestehend in punktförmiger Sclerose. Andere, bes. americanische Autoren haben diesen Terminus für andere pathologische Befunde — auch Artefacte — angewendet.

Verf. will ihn wieder einführen und besonders bei folgendem Fall anwenden, weil kein anderer für den nachgewiesenen Befund passend ist.

Der Patient ist wohlgebaut, 59 Jahre alt, war vor einigen Jahren syphilitisch. In neuerer Zeit Dyspepsie, Emphysem, Herzschwäche. 6 Monate vor dem Tode Lebervergrösserung mit Ascites. Zunehmede Schwäche der Beine, sodass er kaum gehen konnte. Erheben der Arme erschwert. Ellbogen gebeugt und rigid. Zwei Monate später volle

Lähmung. *Status*: Keine psychische Störung, Sinnesnerven intact, ophthalmoscopisch nichts Abnormes, keine Schluckbeschwerden. Complete Lähmung der Beine und Arme; Beugecontractur der Ellbogen und Finger. Sensibilität in den gelähmten Extremitäten intact. Die Sphincteren thaten ihren Dienst. Eine Woche später, während welcher das Bewusstsein ungetrübt blieb, entstand Streckcontractur der Arme mit Rückkehr geringer Kraft im linken Arm und Bein. Eine weitere Woche später Zuckungen im r. Bein und dann mehrere Krampfanfälle, die in der l. Schulter begannen, die l. Seite und den Kopf betrafen, den Arm mehr bevorzugend als das Bein. Bald danach Sprachstörung, Coma und Tod; es war dies ungefähr 10 Wochen nach dem Beginn der nervösen Störungen.

Autopsie. Arachnoidea über der Convexität sehr opac. Hinten an der Kleinhirnhemisphäre fand sich ein submeningeales Extravasat Kein Ventrikelexsudat. Durch beide Hemisphären in der Rinde an der Grenze der grauen und weissen Substanz kleine roth-graue Punkte, die nicht unter dem Niveau der Schnittfläche lagen. Sie glichen sehr den Häufchen von dissem. Sclerose. Ihre Grösse und Anordnung ist zu ersehen an beifolgenden Abbildungen.



A. Schnitt durch die Gehirnrinde. Die schwarzen Punkte zeigen die Lage und Grösse der sclerosirten Stellen. B. Schnitt durch l. Linsenkern und Claustrum. C. Dasselbe rechts.

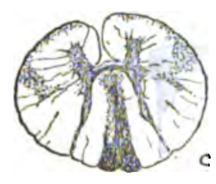
Auf manchen Schnitten sah man, dass diese Punkte in Reihen die Windungen einfassten. Hier und da waren grössere Ablagerungen. Auf die mikroscopische Beschreibung kann hier nicht eingegangen werden. Verf. vergleicht seinen Befund mit einem ähnlichen von Greiff (Arch. f. Psych. XVII. 287) in dem allerdings die Centralganglien nicht ergriffen waren. Der Fall ist jedenfalls ausgezeichnet durch das Fehlen jeder psychischen Störung, das finale Coma ausgenommen, und hat sein Hauptinteresse als Beispiel einer disseminirten Erkrankung die auf die tieferen Rindenschichten des Gehirns und die Centralganglien localisirt war. Erlenmeyer.

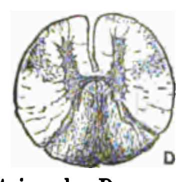
II. *Ueber den aufsteigenden Vorder-Seitenstrang des Rückenmarks.*

Seitdem Verf. in der ersten Ausgabe seiner „Diagnosis of Diseases of the Spinal Cord" darauf hingewiesen hat, dass in den Seitensträngen vor den Pyramiden- und Kleinhirn-Bahnen ein Faserzug existirt, der nach oben durch einen grossen Theil des Markes degenerirt, sind verschiedene andere bestätigende Beobachtungen veröffentlicht worden. Dieser Faserzug ist zudem von Bechterew in dem sich entwickelnden Mark von neuem entdeckt worden. G. hat seine Degeneration in verschiedenen anderen Fällen von aufsteigender Entartung und auch von Tabes verfolgt und dabei einige weitere Thatsachen in Bezug auf seine Topographie festgestellt.

Fig. 1.







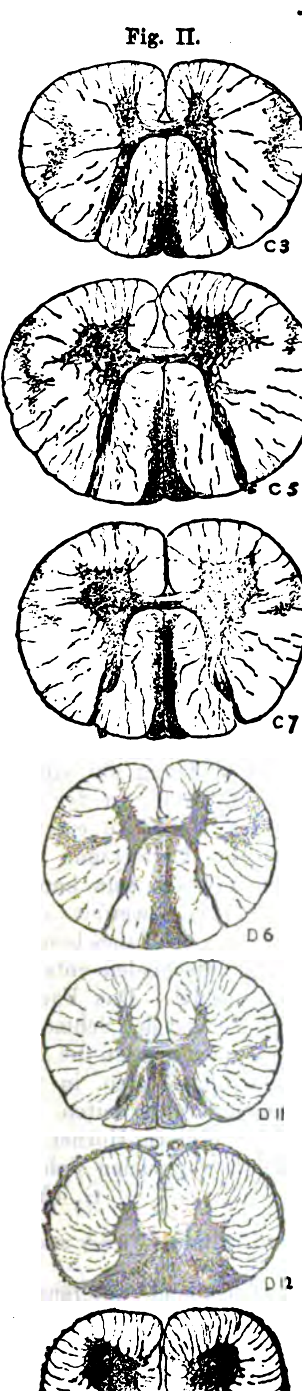
D

Aufsteigende Degeneration durch Fractur des 11. Dorsalwirbels. A, B Cervical, C oberes, D unteres Dorsalmark, Deg. der hinteren Mediansäulen und des aufsteigenden Vorder-Seitenstranges.

Der Faserzug erstreckt sich durch den Seitenstrang auf ungefähr zwei Drittel der Entfernung von der Oberfläche nach der intermediären grauen Substanz (Fig. 1.). Er taucht in den Winkel, der gebildet wird von den abgewendeten vorderen Enden der Pyramiden- und direkten Kleinhirnstränge und er erstreckt sich längs der Oberfläche des Marks nahezu bis an die vordere Medianspalte und endet an dem vorderen Pyramiden Tract. Bechterew konnte ihn nicht weiter als bis zum äussersten der vorderen Nervenwurzeln verfolgen, vielleicht weil er an Breite abnimmt und weil andere Fasern mit denen dieser Bahnen gemischt sind. Verf. hat ihn in verschiedenen Fällen bis zu dem vorderen Pyramiden-Strang verfolgt, wo das plötzliche Aufhören der Degeneration oft sehr markirt ist. Im oberen Theil der Cervical-Region, wo die directe Kleinhirnbahn nach vorne geht und der Pyramiden-Strang wieder an die Oberfläche des Marks kommt, erstreckt sich ein Fortsatz der aufsteigenden Bahnen zwischen die Pyramiden- und Kleinhirn-Bahn und kann bis beinahe an die Oberfläche des Seitenstrangs verfolgt werden (Fig. 2. C 3). Ungefähr in der Mitte der Dorsal-Gegend erstreckt sich der Faserzug nicht so weit nach vorn an der Oberfläche des Marks und im untern Theil dieser Gegend scheint er nur bis über die Mitte des Seitenstrangs zu liegen, gegenüber der hinteren Commissur.

Unzweifelhaft hat die Erkrankung dieses Faserzugs die Veranlassung gegeben zu der irrigen Annahme, dass der directe Pyramidenstrang sich weiter nach vorn erstrecke als bis zu der Grenze die ihm von Flechsig angewiesen worden ist, und weiter nach vorne als in ande-

Fig. II.



Fall von Tabes dors. Deg. der ganzen Hintersäulen in der Lumbargegend; höher oben nur aufsteig. Deg. der hinteren Med.-Säule. In der Dorsal- und cervic.- Region auch Deg. des antero-lat. aufsteigenden Stranges.

ren Fällen, in denen er offenbar allein degenerirt ist. Wenn der aufsteigende Vorder-Seitenstrang ebenfalls entartet ist, so sind die resultirenden Strecken von Sclerosis continuirlich und es ist somit leicht zu begreifen wie dieser irrige Eindruck entstanden ist. Die doppelte Degeneration producirt eine Schicht peripherer Sclerose, die gegenüber der Mitte des Marks am breitesten ist. Es ist wahrscheinlich, dass dies der Anfang einiger Formen der sogenannten „annulären Sclerose" des Markes ist, und dass man ferner geglaubt hat, dass die daraus resultirende oberflächliche Schicht von Degeneration durch Meningitis verursacht sei, eine Ausdehnung der Entzündung von der Pia mater auf die Marksubstanz.

So weit wir bis jetzt wissen, ist die Richtung in welcher die Fasern des centralen Nervensystems degeneriren, die, in welcher sie gewohnheitsgemäss leiten. Somit leitet der antero-laterale aufsteigende Strang nach oben, und es unterliegt keinem Zweifel, dass wir in ihm die Bahn für Schmerz-Empfindungen besitzen. Es scheint sicher, dass diese durch den Seitenstrang geleitet werden. Die Experimente von Woroschiloff haben bewiesen, dass der Seitenstrang die Eindrücke leitet, die den Blutdruck erhöhen können und die Eindrücke, die diese Wirkung haben, sind zum grössten Theil, wenn nicht ausschliesslich, diejenigen die vermittelst des Sensoriums als Schmerz aufgefasst werden. Die einzigen Fasern der Seitenstränge die auf eine längere Strecke nach oben degeneriren sind diese und die Fasern der directen Kleinhirnbahn. Die letzteren gehen ausschliesslich nach dem Kleinhirn und es ist im höchsten Grade unwahrscheinlich, dass sie irgend welche Art von Empfindung von der Haut aus leiten. Wir müssen daher den anterolateralen aufsteigenden Strang als identisch betrachten mit der sensiblen Bahn der Seitenstränge.

G. hat kürzlich Gelegenheit gehabt, eine Anzahl von Durchschnitten

des Rückenmarks zu untersuchen in einem Fall in dem die Nervenwurzeln der cauda equina extensiv beschädigt waren. Es ist bekannt, dass da, wo diese Wurzeln unterbrochen sind, die hintere Mediansäule durch das Mark degenerirt, ganz in derselben Weise wie bei einer queren Verletzung in der Lenden-Anschwellung. Continuität der Degeneration muss als ein Beweis für die Continuität der Fasern betrachtet werden. Wo Fasern durch Nervenzellen unterbrochen werden, da hört die Degeneration auf. Somit ist die Degeneration der hinteren Mediansäulen ein Beweis, dass diese Fasern continuirlich sind mit einigen Fasern der hinteren Wurzeln.

Aber in dem erwähnten Mark, in dem die cauda equina erkrankt war, konnte während die hintere Mediansäulen die gewöhnliche Entartung aufwiesen, keine Spur einer Degeneration in dem aufsteigenden antèro-lateralen Strang aufgefunden werden. Wir müssen daher annehmen, dass die sensiblen Wurzelfasern, von denen dieser Strang die Empfindungsbahn fortleitet, in Nervenzellen endigen, die wahrscheinlich in den Hintersträngen liegen. Der antèro-laterale aufsteigende Strang scheint nur in dem untern Theil der Dorsalregion gebildet zu werden. Es scheint daher, dass die Empfindungsbahnen von den Beinen nur oberhalb der Lendenanschwellung sich kreuzen, eine Ansicht, der Verf. schon seit langer Zeit in Folge clinischer Erfahrung huldigt. Nur nachdem nahezu die Mitte der dorsalen Verletzung erreicht ist, verursacht eine einseitige Läsion gekreuzte Empfindungs- und Bewegungslähmung. Im untersten Theil dieser Gegend und im obern Theil der Lendenanschwellung schädigt eine Verletzung auf einer Seite die Empfindung auf derselben Seite wie die Motilität. In der Medulla oblongata eines Patienten mit Tabes fand Dr. H a d d e n einen Fleck von Sclerose in einer solchen Lage, dass er eine Fortsetzung des entarteten antero-lateralen Tractes nach oben gewesen sein kann. Das Rückenmark kam nicht zur Untersuchung. Verf. zweifelt, dass die Degeneration dieses Tractus im Rückenmark bisher bei Tabes beschrieben worden ist. In drei Fällen hat er ihn jedoch entschieden entartet gefunden. Einer derselben ist in Fig. 2 abgebildet. Das Factum ist von Interesse in Verbindung mit dem häufigen Verlust der Schmerz-Empfindung. Wenn das obige Raisonnement gültig ist, so ist die Degeneration ein Beweis der Degeneration der sensiblen Zellen, in welchen diejenigen Nervenfasern endigen, die Schmerzgefühle leiten. Es ist längst bekannt, dass Entartung der Zellen der hintern Hörner bei Tabes gewöhnlich ist; L o c k a r t C l a r k e hat vor vielen Jahren auf dies Factum aufmerksam gemacht. G. (M.)

---

473) Jul. Hess: Zur Degeneration der Gehirnrinde. (Wiener med. Jahrb. 1886. Juni.)

Der Verfasser hat ein Gehirn sehr eingehend untersucht, das in mehrfacher Beziehung unser Interesse verdient.

Erstens fällt die ganz abnorme Leichtigkeit des Gehirns auf: 788 gramm mit den innern Häuten. Es stammt von einer 67 jährigen Frau, welche zwar geistig nicht ganz normal, doch weit davon entfernt war, als idiotisch zu gelten.

Von weiterem Interesse ist eine eigenthümliche, wahrscheinlich auf einen encephalitischen Process zurückzuführende Degeneration der Grosshirnrinde; in dieser waren an den verschiedensten Stellen grössere und kleinere Lücken vorhanden, in denen entweder ein zartes Bindegewebiges Netzwerk ausgespannt war, oder grössere centrale Höhlen angetroffen wurden. Es verdient bemerkt zu werden, dass in dem erwähnten Netzwerk zahlreiche wohlerhaltene markhaltige Nervenfasern nachgewiesen werden konnten.

Am Kleinhirn fand sich eine einzige derartige, aber grössere degenerirte Stelle. Obersteiner (Wien).

---

474) **Varaglia Seraf:** Sulla cresta frontale interna. (Ueber die crista frontalis interna.) (Arch. di psichiatr. Vol. VII. fass. 2.)

Bianchi hat angegeben, dass bei dementen Personen die crista frontalis interna häufig abnorm stark ausgebildet sei, Tenchini hat das Gleiche von den Verbrechern behauptet. — Varaglia hat 252 Schädel daraufhin untersucht, und in der That bestätigen können, dass bei verbrecherischen Weibern wenigstens in einem kleinen Prozentsatz eine derartig vergrösserte Crista vorhanden ist, hingegen stimmt er in soweit nicht mit Tenchini überein, als dieser neben einer mittleren Hinterhauptsgrube auch immer eine abnorm entwickelte Stirncrista gefunden haben will.

Bei bestehender Stirnnath fehlt die innere crista vollständig, oder nahezu gänzlich; an 10 Negerschädeln war sie durchswegs sehr nieder (unter 3 mm), auch an Mikrocephalenschädeln war sie nicht besonders entwickelt. — Die höchste Crista fand sich bei einer Verbrecherin, 11 mm. hoch. — Obersteiner (Wien).

---

475) **Lombroso:** Casi di microcefalia da influenza psichica nella gravidanza (Mikrocephalie in Folge von Affecten während der Schwangerschaft.) (Arch. di Psichiatria, sc. pes. ed antropol. crimin. vol. VII. fasc. 2.)

1. 7 jähriges, hochgradig oxycephalisches Mädchen, die Eltern sind sehr gesund und kräftig; die Mutter träumte in den ersten Monaten der Schwangerschaft von einem grossen Affen; auf diesen Traum, der die Frau sehr beunruhigte, führt L. als höchst wahrscheinlich die embryonale Missbildung des Kindes zurück.

2. 20 jähriger Mikrocephale, sehr ängstlich, kann nur 2 Silben sprechen — die Mutter hatte im 3. (oder 6.) Monate der Schwangerschaft einen grossen Schrecken, indem sie einen deutschen (?) Soldaten sah, der mit einer Sichel ihrem Manne den Schädel spalten wollte.

Obersteiner (Wien).

---

476) **Westphal** (Berlin): Ueber Fortdauer des Kniephänomens bei Degeneration der Hinterstränge. (Arch. f. Psych. XVII. 2. p. 546.)

Durch diese Arbeit scheint ein wichtiger Schritt weiter zur *Localisation des Kniephänomen's* gethan. Bereits im J. 1875 hatte W. nachgewiesen, dass das Fehlen des Kniephänomens immer an die Erkrankung der Rückenmarkshinterstränge im untersten Brust-, resp. obersten

Lenden-Theil geknüpft ist. Durch einige in den letzten Jahren veröffentlichte Fälle konnte die betr. Stelle als äusserer Theil der Hintersäulen mit Wahrscheinlichkeit näher bestimmt werden. Indem der Autor jetzt 2 weitere Krankengeschichten hinzugefügt, scheint ihm die Lokalisation noch bestimmter gelungen. Die beiden Fälle stellten eine combinirte Erkrankung der Hinter- und Seiten-stränge mit vorwiegenden Symptomen der Tabes dar. Beidemal verschwand das Kniephänomen erst ganz kurze Zeit vor dem Tode. Bei der Section stellte sich heraus, dass die Degeneration von oben nach unten und bei den Hintersträngen von innen nach aussen vorgeschritten war, und dass eine bestimmte Partie gerade kurz vor dem Tode (wo das Kniephänomen schwand) ergriffen sein musste. „Diese Zone wird nach innen begrenzt durch eine Linie, welche man sich, dem hinteren Septum parallel, durch den Punkt gezogen denkt, in welchem die das Hinterhorn bekleidende Substantia gelatinosa nach innen zu einen Knick, einen nach innen einspringenden Winkel bildet; nach hinten bildet die Grenze die Peripherie des Rückenmarks, nach aussen die die innere Seite des Hinterhorns bekleidende Substanzia gelatinosa und der Eintritt der hinteren Wurzeln in die Spitze des Hinterhorns.“ In die so abgegrenzte „Wurzeleintrittszone“ ragte in den beiden beschriebenen Fällen die Degenerirte Partie gerade noch hinein d. h. die Entartung war *soweit* erst in den letzten Tagen des Lebens vorgeschritten und hatte des Verschwinden des Kniephänomens bewirkt. In mehreren andern (früheren) Fällen, wo trotz hochgradiger tabischer Symptome das Kniephänomen bis zum Tode fortbestand, zeigte sich bei der Section gerade diese Zone von der Degeneration verschont. Eine Reihe von Abbildungen bezeichnen dem Leser die betr. Stelle genauer.

Bezüglich ihrer muss auf die Originalarbeit verwiesen werden: ebenso betreffs mehrerer Einwürfe (Wurzelatrophie), die der Autor in gewohnter scharf kritischer Weise sich selbst macht.

Langreuter (Eichberg).

---

477) **Jendrássik** (Budapest): Vom Verhältniss der Poliomyeleucephalitis zur Basedow'schen Krankheit. (Arch. f. Psych. XVII. 2. p. 301.)

Mit dem obigen — allerdings für deutsche Zungen fast unaussprechbaren — Namen bezeichnet Verf. die Erkrankung der grauen Kerne des verlängerten Marks (statt Poliencephalitis). Eine solche bestehend in Lähmung der äusseren Augenmuskeln, Parese der unteren Gesichtsmuskeln, des Gaumensegels, der Kaumuskeln und der oberen Extremitäten, war bei dem 16jährigen Patienten mit Morbus Basedowii combinirt, welcher durch seine wichtigsten Symptome: Exophthalmus, Struma und Tachycardie vertreten war. Die Kernerkrankung betraf demnach den Abducens, Trigeminus und Facialis, ferner den Oculomotorius und Trochlearis. Das eigenthümliche Zusammentreffen der beiden Erkrankungen sucht der Verf. dadurch zu erklären, dass er die Basedow'sche *Krankheit* als eine *centrale* auffasst, lokalisirt in der *grauen Substanz* des verlängerten Marks *in der Höhe des Facialiskernes*, aber abgesondert von den Kernen der Gehirnnerven. Es

hätte eben diese Affection der grauen Substanz in diesem Falle sich ausgedehnt auf die benachbarten Nervenkerne der Augen-, Kau- und Gesichtsmuskeln. Aehnliche Beispiele werden aus der Literatur angeführt: z. B. M. Basedowii mit alleiniger Facialis- oder Trigeminusparese oder mit Diabetes mellitus, Albuminurie und Polyurie. Hier hätte ebenfalls die Erkrankung auf benachbarte graue Partien übergegriffen. Betreffs der Hypertrophie der glandula thyreoidea und des retrobulbären Bindegewebes (Exophthalmus) erinnert der Verf. an die Pseudohypertrophia muscularis, welche in analoger Weise auch in einer Affection der grauen Substanz des Rückenmarks ihren Grund habe.

Langreuter (Eichberg).

---

478) **Vierordt** (Leipzig): Degeneration der Goll'schen Stränge bei einem Potator.) (Arch. f. Psych. XVII. 2. p. 365.)

Nach des Verf. Ansicht handelte es sich um eine *primäre absteigende* Degeneration der Goll'schen Stränge. Die Affection, Oblongata, Hals- und Dorsalmark betreffend, nahm nach unten allmählich ab, sodass der Lendentheil selbst normal war. Daneben waren die hinteren Wurzeln mässig erkrankt. Aus verschiedenen Gründen liess sich eine secundäre aufsteigende Degeneration, ausgehend von den hinteren Wurzeln, ausschliessen. Der klinische Verlauf bei dem 38 jährigen Arbeiter war folgender: „Starkes Potatorium. Rasch verlaufende Lungenphthise. Ein Jahr vor dem Tode Schmerzen in den Beinen, zuweilen lanzinirend; Ataxie, die später wieder undeutlich wurde. Erloschene Patellarreflexe. Starke Hyperästhesie der Muskeln auf Druck. Keine Pupillen, keine Blasen-Erscheinungen". Aus den Detailangaben der Orginalarbeit geht hervor, dass es sich nicht um eine initiale Tabes handeln konnte — abgesehen von dem dagegen sprechenden anatomischen Befund.

Langreuter (Eichberg).

---

479) **Pitres et Vaillard:** Contribution à l'étude des névrites périphériques survenant dans le cours ou la convalescence de la fièvre typhoide. (Beitrag zur Lehre von den peripherischen, im Verlaufe und dem Reconvalescenzstadium des Typhus vorkommenden Neuritiden.)

(Rév. de médec. XII. 1885.)

480) **Pitres et Vaillard:** Des névrites péripheriques chez les tuberculeux. (Ueber peripherische Neuritiden bei Tuberculösen.)

(Rév. de médec. III. 1886.)

Im Anschlusse an die in der Literatur verzeichneten Fälle veröffentlichen Verff. 2 Beobachtungen von Ulnarislähmung mit nachfolgender Muskelatrophie im Verlaufe von Ileotyphus und 4 Fälle von Ileotyphus, in welchen, bei im Leben mangelnden Symptomen irgend einer Erkrankung des peripheren Nervensystems die Section eine deutliche Veränderung in demselben nachwies. Wegen der relativen Seltenheit und der practischen Wichtigkeit solcher Erkrankungen gebe ich die Krankengeschichten im Auszuge.

1) Ein 24 jähriger Infanterist, wird am 24. Juni 1884 eines mittelschweren Abdominaltyphus wegen im Val de Grâce aufgenom-

men. Am 23. Juli, 3 Tage nach vollständiger Entfieberung treten äussërst heftige, ununterbrochene, lancinirende Schmerzen im linken Hypothenar auf, welche bis zum Os pisiforme am Handgelenk ausstrahlen mit gleichzeitigem Vertaubungsgefühle im 5. und 4. Finger. Die Prüfung der Sensibilität am linken Ulnarisgebiet ergiebt totale Anästhesie auf der palmaren und der dorsalen Seite für Berührung, Schmerz und Temperatur, an der palmaren Fläche erstreckt sich die Empfindungslosigkeit vom os pisiforme bis zum kleinen und bis zur Hälfte des Mittelfingers, der Cubitalrand der Hand ist gleichfalls anästhetisch. Druck auf den Ulnaris in der Olecranonrinne ruft keine Schmerzempfindung hervor. Die Schmerzen hörten am 28. Juli auf, Vertauben und Formicationen dauerten aber fort, von dem ersten Tage des August an Atrophie leichten Grades der dorsalen Interossei, des Adductor pollicis und des Hypothenar, im September ist die Atrophie sehr ausgesprochen, Krallenhand, das Dynamometer gibt rechts 65, links 12 Kilogramme an, die atrophischen Muskeln reagiren weder auf den inducirten noch auf den galvanischen Strom, Faradisation mit 0 Rollenabstand ruft vom Ulnaris aus kaum eine Empfindung hervor, die linke Hand ist kälter als die rechte und wird, der Luft ausgesetzt, violett, besonders im Ulnarisbezirk und zeigt dann reissende Schmerzen in den Fingerbeugern. Am 6. September traten lancinirende, bis zum Handgelenk ausstrahlende Schmerzen im linken Daumen und Zeigefinger auf mit Abschwächung der Sensibilität auf 4 Querfingerbreit oberhalb des Handgelenks. Trotz Electricität, Jodkalium u. s. w. ist die Affection bis zum Februar 1885 unverändert geblieben.

2) Sergeant (wie alt ?), immer gesund gewesen, erkrankt im November 1883 an Ileothyphus, Entfieberung am 15. Tage der Krankheit. Um diese Zeit traten im linken 4. und 5. Finger Vertauben, Formication und absoluter Verlust der Sensibilität auf, wozu bald lancinirende, vom Oberarm ausgehende und in die Kuppen der drei letzten Finger ausstrahlende Schmerzen sich hinzugesellten, schliesslich Atrophie der Interossei und des Hypothenar. Bei der Aufnahme 6 Monate später, weniger Schmerzen. Druck auf den Ulnaris am Olecranon setzt weder localen noch irradiirten Schmerz, an der Palmarseite besteht eine anästhetische, den 5., 4. Finger und den entsprechenden Theil des Handtellers bis zur Handbeuge einnehmende Zone, in welcher die Empfindlichkeit für Berührung und Schmerz und Temperatur aufgehoben ist, an der Ulnarseite des Mittelfingers besteht die Anästhesie am ganzen 5., der äusseren Hälfte des 4. und dem entsprechenden Theile des Metacarpus bis zum Handgelenk, an der Innenfläche des 4. Fingers ist sie geringer. Das Dynamometer zeigt rechts 50, links nur 12 Killogramm an, beginnende Krallenbildung am 4. und 5. Finger, Atrophie der Interossei, des Adductor pollicis und Hypothenar. Absolute Unerregbarkeit der erkrankten Muskeln durch faradische und galvanische Ströme. Am 10. März 1885 wurde der Kranke ungeheilt entlassen.

In der Epikrise betonen die Verff. nach Aufzählung der von Gubler, Hardy und Béhier, Nothnagel, Eisenlohr, Leyden,

Rosenthal, Bernhardt aufgestellten Theorien, dass eine Verwechselung der nach Typhus eintretenden neuritischen Störungen nur mit Poliomyelitis anterior statthaben könne. Der Unterschied bestehe darin, dass bei der posttyphösen Neuritis die Affection und Sensibilitätsstörungen von längerer oder kürzerer Dauer einsetzt, dass 10, 14, 30 Tage später, ohne dass die initialen Schmerzen aufhören, die motorische Schwäche auftrete, welche der sich entwickelnden Atrophie parallel verläuft.

Die vier anderen Fälle haben nur ein theoretisches Interesse, weil sie zeigen, dass die Typhusinfection der peripheren Nerven zugleich mit anderen Organen erscheinen kann, ohne dass im Leben Zeichen von Neuritis vorhanden gewesen waren.

Zum Schlusse fassen P. u. V. ihre Erfahrungen folgendermassen zusammen.

Gewisse infectiöse Krankheiten verursachen Störungen der Sensibilität und der Motilität, welche direct von einer primären Neuritis ohne Betheiligung der Centren bedingt werden und von ihr abgeleitet werden können. Hinze (Petersburg).

---

481) **Sackling:** Cases of nervous disease. (Fälle von Nerven-Erkrankung.) (The British Medic. Journ. 10. April 1886.)

1. Fall: *Typische sensorielle Aphasie* (Wortblindheit und Worttaubheit) in Folge von Embolie (durch Herzfehler) wahrscheinlich der hinteren Endäste der linken mittlern Hirnarterie; allmähliche Besserung.

2. Fall: *Worttaubheit*, nachdem die Symptome der Menière'schen Krankheit vorhanden gewesen; es handelte sich wahrscheinlich um einen Thrombus des von der linken mittlern Hirnarterie zur obern Temporo-Sphenoidalwindung gehenden Zweiges.

3. Fall: *Tabes mit hysterischer Anästhesie*. Die hier vorhandene totale Anästhesie und Analgesie der Beine wurde vom Verf. nicht auf die unzweifelhaft vorhandene Tabes, sondern auf Hysterie bezogen, da sie nicht nur „extensiver und vollständiger war, als sonst bei Tabes, sondern auch unmittelbar nach Anwendung von Blutegeln verschwand."

(Voigt Oeynhausen).

---

482) **Burnet:** Cerebral Syphilis. (The Brit. Medic. Journ. 20. März 1886.)

Der Fall zeichnet sich dadurch aus, dass die Erkrankung 17 Jahre nach einem einfachen Schanker (ohne folgende Secundär-Symptome) ausbrach und zwar mit Anfällen von Muskelzucken in den linken Extremitäten, die allmählich in heftige klonische Spasmen übergingen. Schmiercur und Jodkali bewirkte fast vollkommene Heilung nachdem Brom- und Jodkali vergeblich gebraucht war.

Voigt (Oeynhausen).

---

483) **Southam:** Cases of spina befida. (Fälle von Spina bifida.) (The British Medic. Journ. 27. März. 1886).

Verf. sagt nach Erzählung zweier von ihm mit Jodglycerin-Einspritzungen behandelter Fälle, deren einer vollkommen heilte, während

der andere tödtlich verlief, dass eine der Hauptgefahren dieser Behandlungsweise in dem Auftreten von Spinalmeningitis liege, die gelegentlich entweder direct durch den Jodreiz oder durch nachträglichen Eintritt von Luft durch den Stichkanal hervorgerufen werde.

Voigt (Oeynhausen).

---

484) **T. Whipham** and **T. Meyers** (London): On some chronic nervous sequelae of small-pox, especially as affecting the speach. (Ueber einige chronisch nervöse Folgezustände der Blattern, besonders soweit sie die Sprache betreffen.) (The British Medic. Journ. 27. März 1886.)

Es werden die Krankengeschichten zweier Frauen erzählt, die im mittleren Lebensalter stehend nach Ablauf der Pocken gewisse paralytische und atactische Symptome, sowie eine besondere, bei beiden fast in gleichem Maasse vorhandene Schwierigkeit im Sprechen zurückbehielten. Im Zeitraum von 4 und 6 Jahren trat bei beiden eine Besserung, aber keine vollkommene Heilung ein, namentlich ging die Sprachstörung nur wenig zurück. Es sind diese Fälle analog dem zuerst von Westphal (1871) und noch neuerdings von Jaccoud beschriebene Fälle sogenannter falscher disseminirter Sclerose, die sich klinisch von der echten durch das Fehlen des Nystagmus und des Intentionszitterns, durch den plötzlichen Anfang, durch die eigenthümliche Sprachstörung (Ausquetschen der Sylben,) vor Allem auch durch die weit günstigere Prognose unterscheiden.

Voigt (Oeynhausen).

---

485) **Reginald Harrison:** Wound of wrist with division of median and ulnar nerves; complete paralysis of motion and sensation; suture of nerves eighteen months afterwards, recovery. (Handgelenkwunde mit Durchschneidung der Nv. uln. et median; vollständige motor. und sensible Paralyse; 18 Monate später Nervennaht; Heilung.)
(The British Medic. Journ. 6. März 1886.)

In vorstehendem Falle hatten die durchschnittenen nv. uln. und median. ungefähr 15 Monate nach ihrer sorgfältigen Wiedervereinigung durch die Naht ihre volle Functionsfähigkeit wiedererlangt; nur einige dem kleinen Finger angehörende Fasern des Ulnarnerven hatten sich, wie aus den Symptomen zu schliessen, augenscheinlich nicht vereinigt.

Voigt (Oeynhausen).

---

486) **Catsaras** (Athen): De la curabilité de la sclérose en plaques. (Heilbarkeit der multiplen Sclerose). (Arch. de Neurol. 1885. Nro. 28.)

Die Symptome der multiplen Sclerose können nicht nur (wie häufig constatirt ist) Remissionen, sondern auch, wie C. meint, „Heilung“ erfahren. Nach Anführung eines Falles von Wilson (Medical Times 1876.: 8 jähr. Mädchen, bei welchem fast vollständiges Schwinden der Symptome beobachtet wurde), berichtet C. über einen Fall aus seiner eigenen Beobachtung, in welchem Charcot auf die eingesandte Kranken-

geschichte hin die Diagnose brieflich bestätigte. Es handelt sich um einen 18 jährigen Studenten, der, hereditär sehr belastet, von jeher psychisch eigenthümlich, mit epileptiformen Anfällen, Melancholie und Schlaflosigkeit erkrankte; Nystagmus Associationsstörung der Recti interni und externi, Doppeltsehen, Schwäche der unteren Extremitäten, Steigerung des Kniephänomens, Fussclonus wurden constatirt. Alle diese Symptome verschwanden nach mehrmonatlicher geeigneter Behandlung und es konnte schliesslich eine vollständige „Heilung" (deren *Dauer* wohl noch abzuwarten bleibt) constatirt werden. In der Epicrise versucht C. die Möglichkeit einer Heilung der multiplen Sclerose zu erklären durch die Annahme einer Regeneration der Myelinscheiden um die mitten in den sclerotischen Plaques bekanntlich auffallend lange intact bleibenden Axencylinder. Ferner weist er auf das jugendliche Alter in seinem sowohl, als Wilson's Falle hin.

Schoenthal (Heidelberg).

---

487) **Heddaeus** (Halle): Die Pupillarreaction auf Licht, ihre Prüfung, Messung und klinische Bedeutung. (Wiesbaden, Bergmann; 1886. 79 pag.)

Die übersichtliche Anordnung der gesammelten Erfahrungen über diesen Gegenstand, sowie der als gelungen zu bezeichnende Versuch, denselben eine einheitliche Erklärung und eine einheitliche Nomenclatur zu geben, machen die vorliegende Schrift zu einer empfehlenswerthen, weil nutzbringenden Lektüre nicht für den Fachmann, sondern auch für den practischen Arzt. Dem Neuropathologen dürfte dieselbe ein besonderes Interesse gewähren. Unter der *Pupillarreaction (PR) auf Licht* verstehen wir die durch Contraction der Irismuskulatur eintretende Veränderung in der Pupillengrösse, welche durch einen Wechsel der Beleuchtung der Netzhaut hervorgerufen wird; dieselbe macht sich sowohl an dem gleichseitigen Auge (*directe PR*) als auch an dem anderen Auge (*consensuelle PR*) geltend und ist als *Reflex* aufzufassen, dessen Bahn sich zusammensetzt aus folgenden Theilen:

1) Retinae und centripetale Pupillarfasern.
2) Reflexcentren und Verbindungsbahn zwischen beiden.
3) centrifugale Pupillarfasern und Irides.

Dieselbe ist wohl zu unterscheiden von der *accommodativen Reaction* id est der Pupillenverengerung bei Accommodation für die Nähe und bei Convergenz der Augenaxen; denn während wir durch diese letztere in jedem Falle feststellen können, ob eine Pupille überhaupt *beweglich* oder *starr* ist, prüfen wir durch Lichtreaction die Function der retina, den Pupillarreflex zu vermitteln, eine Eigenschaft, die keineswegs mit der *Lichtempfindlichkeit* der retina identisch ist und für welche der Verf. die Bezeichnung *Reflexempfindlichkeit* (RE) vorschlägt. Jede Herabsetzung der Reflexempfindlichkeit, sowie das vollständige Fehlen derselben, was Verf. *Reflextaubheit* nennt und was er nicht als gleichbedeutend mit dem bekannten, von Erb eingeführten Begriff der reflectorischen Pupillenstarre aufgefasst wissen will, beruht auf einer Störung in den centripetalen Leitungsbahnen, während jede Verminderung der

Beweglichkeit der Papille, die im Extrem sich als Starre dokumentirt, auf einer Anomalie der centrifugalen Fasern resp. der Irismuskeln zusammenhängt. Beides ist wohl auseinander zu halten.

I. Die *Prüfung der PR auf Licht* ist stets an jedem Auge einzeln vorzunehmen, wobei das zweite Auge entweder offen oder verdeckt sein kann, ein Umstand, von dem die Ergiebigkeit des Resultates abhängt. Die empfehlenswertheste Methode der Prüfung ist folgende: der Untersucher steht seitlich vor dem Patienten, welcher ohne einen bestimmten Gegenstand zu fixiren zum Fenster hinaus blickt und verdeckt ihm das linke Auge durch Auflegen seiner eigenen rechten Hand; beim Entfernen derselben beobachtet er die Veränderung der rechten Pupille und stellt so die consensuelle PR des rechten Auges fest. Dann bedeckt er das linke Auge noch einmal und beobachtet beim Freilassen die Pupille desselben Auges, so dass er sich über die directe linksseitige PR vergewissert. Nachdem diese Porcedur in derselben Weise zwei Mal an dem rechten Auge vorgenommen worden, ist die Prüfung beendet. Ist jedoch das so gewonnene Resultat zweifelhaft, so bleibt die feinere Probe bei verschlossenem zweiten Auge und mit concentrirtem künstlichen Licht im Dunkelzimmer übrig. Verf. schlägt für die vollständige Untersuchung die Beantwortung von 6 von ihm formulirten Fragen vor, unter denen aber die zwei folgenden als die wichtigsten und die übrigen im Ganzen einbegreifenden hervorzuheben sind:

1) Besteht *Isocorie*? d. h. sind beide Pupillen stets gleichweit und zwar sowohl bei schwacher als bei intensiver Beleuchtung? Bei *Anisocorie* ist diejenige Pupille als die pathologisch veränderte anzusehen, welche am wenigsten beweglich ist.

2) Sind beide Augen gleich *reflexempfindlich*? Bei Isocorie vergleichen wir am besten die consensuellen Reactionen beider Augen mit einander, bei Anisocorie die directe und consensuelle Reaction derjenigen Pupille, welche am freiesten beweglich ist. Sobald beide Pupillen starr sind, ist die Prüfung der RE unmöglich. Reflextaubheit darf nur dann diagnosticirt werden, wenn die Anwendung der stärksten Lichtcontraste keine Reaction mehr hervorruft.

II. Die *Messung der PR auf Licht* geschieht durch Messung des horizontalen Durchmessers der Pupille, welcher uns einen directen Massstab für die Weite derselben und damit für den Contractionsgrad des m. sphincter iridis abgiebt. Verf. empfiehlt *drei* Messungswerthe festzustellen:

1) Die *Maximalweite* der Pupille bei verschlossenem zweiten Auge und bei so minimaler Beleuchtung des beobachteten Auges, als eben gerade zur Erkennung der Pupillengrenzen ausreicht, also im Dunkelzimmer bei seitlich auffallendem künstlichen, am besten elektrischen Licht — dies ist die erste Constante — die Ausgangsweite A.

2) Die *Finalweite* (zu unterscheiden von der *Minimalweite*, welche sofort nach Einfall des Lichtes eintritt, aber schon nach einem Bruchtheil von einer Secunde durch Vermittellung einer Anzahl von Oscillationen in die etwas grössere, definitive Finalweite übergeht) bei ver-

schlossenem zweiten Auge und bei voller Tagesbeleuchtung des ersten Auges — 2. Constante B.

3) Die *Finalweite* desselben Auges, während beide Augen der Tagesbeleuchtung ausgesetzt sind — 3. Constante C. Es stellte nun dar: a/b den numerischen Werth für die *directe* PR der betreffenden Pupille bei verdecktem andern Auge; b/c für die *consensuelle* desselben Auges bei offenem zweiten; a/c Die *summarische* PR auf Licht.

Als Messinstrument verwendet Verf. einen etwa 10 Cm. langen Federzirkel, dessen Branchen in Nadeln mit abgerundeten Spitzen auslaufen. Die Resultate seiner eigenen Messungen, welche er an den Schülern einer Realschule ausgeführt und bei denen er ausser den in Rede stehenden Werthen das Alter, die Sehschärfe, die Refraction, die Farbe der Iris mitberücksichtigt hat, sind tabellarisch zusammengestellt und dem sich dafür Interessirenden zur Durchsicht zu empfehlen. Als bemerkenswerthe Ergebnisse sind daraus hervorzuheben dass:

1) Das *Alter* einen bestimmten progressiven Einfluss auf die Weite der Pupille, aber keinen auf den Grad der Reaction ausübt; 2) ein Zusammenhang zwischen *Refraction* und Pupillenweite nicht besteht.

Im Uebrigen ist der Werth der Messung wegen der noch wenig feinen Methode bis jetzt noch problematisch und tritt entschieden gegen die vergleichende Prüfung der beiderseitigen Pupillenverhältnisse (cf. I.) zurück.

In dem Abschnitte III, betitelt „die *centripetalen Pupillarfasern*", beleuchtet Verf. die Bedeutung des Verhaltens der Pupillenreaction für die Diagnostik. Er stellt zunächst die beiden Getze auf: Ungleichheiten in der Beweglichkeit beider Pupillen, also *Anisocorie*, deuten auf Anomalien der *centrifugalen*; Ungleichheiten in der *Reflexempfindlichkeit* auf Anomalien der *centripetalen* Pupillarfasern. Den Verlauf der letzteren kennen wir noch nicht sicher; aus den beiden, durch Krankengeschichten bestätigten Thatsachen, dass es 1) Fälle von totaler Amaurosis ohne Reflextaubheit 2) Fälle von Reflextaubheit ohne Amaurosis giebt, zieht Verf. den Schluss, dass die centripetalen Pupillarfasern nicht identisch sind mit den *Sehfasern*, dass sie aber im nervus opticus zusammen mit den die macula lutea versorgenden Fasern verlaufen, da Processe, welche eine Alteration dieser Fasern bedingen (Neuritis retrobularis) stets mit einer bedeutenden Herabsetzung der RE einhergehen.

Nachdem die centripetalen Pupillarfasern dann wahrscheinlich ungekreuzt durch das Chiasma gegangen sind, ziehen sie nach der einen Annahme ein Stück weit im tractus opticus, nach der andern (Bechterew) direkt in das centrale Höhlengrau des III. Ventrikels, um in dem Reflexcentrum (Oculomotoriuscentrum) derselben Seite ihr Ende zu finden. Die Centren beider Seiten stehen durch eine Commissur in Verbindung.

Daraus geht hervor, dass zwar einseitige Erblindung mit Reflextaubheit auf einen peripher vom chiasma gelegenen Krankheitsherd

hinweist, dass dagegen für einseitige Amaurosis mit erhaltener Pupillenreaktion auf Licht nicht mit Sicherheit ein central vom chiasma, also im tractus oder cortex liegender Process verantwortlich gemacht werden darf. Hirschmann (Breslau).

---

487) **Ph. Schech** (München): Klonische Krämpfe des weichen Gaumens mit objectivem Ohrgeräusch in Folge von nasaler Trigeminusneuralgie. (Münch. med. Wochenschrift 1886 Nro. 22.)

Ein 23 jähriger Herr hatte in seinem 6. Lebensjahre durch den Sturz von einer hohen Treppe einen Bruch des Nasenbeins erlitten. 14 Jahre später will Patient von heftigen Schmerzen auf dem Rücken und in der Tiefe der Nase befallen worden sein, die sich immer mehr steigerten, und zuletzt ganz unerträglich wurden. Verf. fand bei dem anämischen Manne zeitweise Zuckungen im Gesicht mit schwacher Rotation des Kopfes nach rechts und hinten. Gegend der Nasenwurzel auf Druck am empfindlichsten, doch kann auch von den Austrittsstellen der anderen Quintusäste und von vielen Punkten des Gesichts aus auf Druck der Schmerz erheblich gesteigert werden. Der rechte obere Theil des Septums zeigt zahlreiche tumorartige teigige Hyperplasien, ebenso die Schleimhaut der unteren Muscheln; das hintere Ende der l. unteren Muschel polypoid degenerirt. Hoch oben in der rima olfactoria findet sich eine kleine Knochenentblössung.

Der weiche Gaumen wird mit kurzen Unterbrechungen ruckweise in die Höhe gezogen, 40—120 mal in der Minute. Schluck- und Sprechbewegungen vermehren und verstärken die Contractionen. Herzthätigkeit continuirlich gesteigert, Puls constant 120—140, klein. Die Diagnose lautete nach diesem Befunde: doppelseitige, sämmtliche Aeste betreffende Trigeminusneuralgie mit klonischen Krämpfen des Levator, Tensor veli palatini, Azygos uvulae. Bei den Ursachen der Krämpfe des Velum spielen Reizzustände des Trigeminus in Folge centraler Erkrankung seiner Wurzeln oder peripherer Läsion seiner Aeste offenbar die Hauptrolle. Der zuerst und am stärksten ergriffene Nerv im vorliegenden Falle war offenbar der N. ethmoidalis, Pupillenenge und Herzbeschleunigung sind aus Reizung des Sympathicus zu erklären. Einen peripheren Sitz des Leidens nimmt Verf. in Folge des Freibleibens anderer Gehirnnerven, sowie der objectiven Veränderungen am Nasendache an. Sehr schwierig ist die Aetiologie der Trigeminusneuralgie. Man kann an caries syphilitica denken, wogegen das Fehlen jeweder übelriechenden oder eitrigen Ausflusses, besonders aber die geringe Ausdehnung des Processes spricht; vielleicht hängt dieses Leiden mit dem früheren Trauma zusammen, wobei wieder merkwürdig bleibt, dass 14 Jahre bis zum ersten Auftreten der Krankheitserscheinungen vergingen. In Betracht kommt dann endlich noch die Möglichkeit einer tuberculösen Knochenerkrankung sowie der Anwesenheit einer Neubildung. Die Therapie war machtlos, eine Operation wurde von Nussbaum in Hinblick auf die Doppelseitigkeit der Neuralgie und den offenbar dyscrasischen Character der Grundkrankheit abgelehnt. Goldstein (Aachen).

---

489) **B. v. Hösslin** (Neu-Wittelsbach): Ueber diabetische Neuralgieen. (Münch. med. Wochenschr. 1886 Nro. 14.)

Verf. schliesst sich der Auffassung v. Ziemssen's (siehe dieses Centralbl. 1886 Nro. 2.) an, dass ein Theil der beim Diabetes vorkommenden chronischen Neuritiden auf eine Intoxicationswirkung der Umsetzungsprodukte des Blutzuckers auf die peripheren Nerven zurückzuführen sei. Der hier mitgetheilte Fall betrifft einen Herrn von 52 Jahren, der vor 15 Jahren zum ersten Male Trigeminusneuralgie hatte, die sich später mehrere Mal wiederholte. Vor 3 Monaten Schmerzen in der l. Hüfte, Nachts heftiger. Untersuchung ergab Druckempfindlichkeit im Verlaufe des l. N. ischiadicus, Haut d. ganzen Unterschenkels hyperästhetisch. Herabsetzung der Sensibilität, Vergrösserung der Tastkreise am l. Unterschenkel. Patellarreflexe links fehlend. Am Unterschenkel leichtes Hautödem und exquisite Glanzhaut. Urin enthielt bei einer Tagesmenge von 1100 cm., 1040 sp. G. 3,6 Proc. Zucker. Verf. sieht den Fall als Neuritis diabetica an. Da die Regelung der Diät allein den Fall nicht zur Heilung brachte, wandte Verf. gleichzeitig den const. Strom 4—5 mal täglich an, so dass der Kranke nahezu den grössten Theil des Tages und der Nacht schmerzfrei war. Der Erfolg war gut. Goldstein (Aachen).

---

490) **P. Masseljew:** Ein Fall von Stottern, das durch diphtheritische Tonsillitis verschwand. (Russkaja Medicina Nro. 11. 1886.)

Verf. theilt mit, dass einer seiner Patienten, nach Aussage des Vaters als zweijähriges Kind angefangen habe zu stottern, bis zum sechsten Jahre, wo er eine diphtherische Tonsilitis durchgemacht haben soll, und wo nach Abstossung der Membranen das Stottern vergangen sei. Buch (Willmanstrand, Finnland).

---

491) **Berkhan** (Braunschweig): II. Bericht über den Massenunterricht stotternder und stammelnder armer Schulkinder behufs Beseitigung ihres Uebels. (Arch. f. Psych. XVII. 2. p. 599.)

Der Bericht enthält wieder günstige Nachrichten (nebst Zahlenangaben) über die vom Verf. in Braunschweig eingerichtete Unterrichtsklasse für Sprachkranke. Es wird bestätigt, dass Stottern und Stammeln vorzugweise Krankheiten der Armuth sind.

Langreuter (Eichberg).

---

492) **Fürstner** (Heidelberg): Ueber einige nach epileptischen und apoplectiformen Anfällen auftretende Erscheinungen. (Arch. f. Psych. XVII. 3. p. 518.)

Von den mannigfachen bei Epileptikern und Paralytikern *nach den Anfällen* zu beobachtenden Erscheinungen die theils noch auf Reizerscheinungen, theils auf die Thatsache der Bewusstseinstrübung zwang-

los zurückzuführen sind, bespricht F. folgende weniger bekannte: länger dauernde einseitige Pupillenweite; Sprachanomalien, bestehend in Stottern, im langsamen und mühsamen Sprechen, in Veränderung des Tones, in Vociferationen und Paraphrasien; ferner Bewegungsstörungen: clonische und fibrilläre Zuckungen, Hemichorea und Hemiathetose und die höher stehenden „Reactionsbewegungen"; schliesslich wird die postepileptische Moria (Samt) erörtert. Langreuter (Eichberg).

---

493) **Eug. Tauri**: L'equazione personale degli epilettici. (Die persönliche Gleichung Epileptischer.) (Archiv. di psichiatria. Vol. VII. fasc. 2.)

Untersucht wurden 13 Epileptiker, und zwar mit Ausschluss solcher, bei denen ausgesprochene psychische Störungen fortbestehen; auch wurde die Untersuchung zu einer Zeit vorgenommen, zu welcher sich der Einfluss weder überstandener noch bevorstehender Anfälle bemerkbar machte. Die mittlere Reactionszeit Epileptischer ist vergrössert, etwa 3:2, im Vergleiche mit normalen Individuen; bei ihnen sind auch, in Folge geringerer Stabilität der Aufmerksamkeit, die Schwankungen um das Mittel grösser.

Unrecht ist es, wie dies T. absichtlich thut, die Minimalzeit der Reaction nicht anzugeben; denn nur aus der Minimalzeit sind wir im Stande zu entnehmen, was das Gehirn wirklich im besten Falle zu leisten vermag. Obersteiner (Wien).

---

494) **N. M. Popow**: Zwei geheilte Fälle von Dipsomanie. (Wratsch 1886 Nro. 10.)

Verf. theilt zwei Fälle von Dipsomanie mit, welche durch Strychnin geheilt wurden.

A. P., begabter Schriftsteller, stammt aus neuropathischer Familie. Der Vater war Trinker, zwei Brüder litten an Epilepsie, ein dritter, starker Trinker, starb in Folge übermässigen Alkoholgenusses, der vierte Bruder, Morphinist, vergiftete sich mit Morphium. Pat. trank bis zum 20. Jahre gar nicht, begann darauf stark zu trinken bis sich ein heftiger Magencatarrh einstellte, worauf er es wieder unterliess. Seit der Zeit merkte Pat., dass nach gewissen Zwischenräumen sich Unruhe, Reizbarkeit, Schlaf- und Appetitlosigkeit einstellte, er wurde melancholisch, zog sich von den Menschen zurück und empfand endlich ein unüberwindliches Verlangen nach Alkohol, dem er schliesslich trotz allen Widerstrebens nachgeben musste; er trank stets allein auf seinem Zimmer eingeschlossen, bis er einschlief, erwachte, trank wieder und setzte das ungefähr eine Woche fort, bei sich heftiger Widerwille gegen Spirituosen einstellte, neben starker Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Unlust zur Arbeit, bis er ganz allmählich zum normalen Zustande zurückkehrte und 1—3 Monate sich ganz wohl fühlte wo dann der Anfall wiederkehrte. Versucht man ihm Alkohol vorzuenthalten,

so geräth er in Zorn und wird gewaltthätig gegen seine Umgebung. Von der Periode der Trunksucht hat er nur eine sehr dunkele Erinnerung, hört alle möglichen Stimmen, trotz vollkommener Einsamkeit.

Vor 3 Jahren meinte Pat., dass beim Betreten eines grossen leeren Zimmers oder eines freien Platzes sich ein Gefühl von Schwäche, Schwindel und Furcht vor Ohnmacht in Verbindung mit einem unbeschreiblichen Angstgefühl einstellte, welches verschwand, wenn sich das Zimmer mit Menschen füllte oder Pat. den Häusern entlang geht. Bezwingt er sich und läuft über einen freien Platz, so fühlt er sich äusserst entkräftet und muss, in Schweiss gebadet einige Minuten ausruhen, ehe er seinen Weg fortsetzen kann. Ausserdem verlor er sein Selbstvertrauen zu sich selbst, er wusste nie, ob er eine Arbeit wirklich gethan hatte oder nicht und musste sich bei seiner Umgebung darüber vergewissern. — Nach längerer vergeblicher Behandlung, wurde Ende August 1885 während eines Anfalles, als Pat. vollständig bewusstlos im Bette lag eine Einspritzung von $^1/_{30}$ Gram Strychnin gemacht. Schon nach der zweiten Einspritzung verlangte er keinen Wein mehr, klagte nur über Kopfschmerzen, Schwäche und Kraftlosigkeit, was 48 Stunden andauerte; die Einspritzungen wurden anfangs jeden Tag vorgenommen, hierauf jeden anderen Tag endlich 2 Mal in der Woche bis Anfang September, wo Pat. zum normalen Zustande zurückkehrte. Anfang Oktober stellten sich wieder Unruhe, Schlaflosigkeit und alle anderen Symptome eines neuen Anfalles ein, worauf Verf. sogleich die Injectionen erneuerte. Gleich nach der ersten Einspritzung ($^1/_{60}$ Gran) besserte sich dass Allgemeingefühl, Pat. schlief die Nacht ausgezeichnet und erschien in Gesellschaft. Es wurde jetzt wöchentlich 1 Mal $^1/_{60}$ Gran Strychnin eingespritzt. Zwei Mal trat noch starkes Verlangen nach Spirituosen auf, doch konnte Pat. es überwinden, kehrte sehr schnell zur Norm zurück und hat seitdem kein Recidiv gehabt; alle anderen unangenehmen Gefühle verschwanden schon sehr bald.

Fall II. P. P. W., Landwirth, aus gesunder Familie, nur eine Schwester ausgesprochen hysterisch; früher starker, regelmässiger Trinker; überwand seine Leidenschaft, hat jedoch seitdem periodisch wiederkehrende Anfälle von Trunksucht, die oft Monate andauern, und besonders sich einstellen, wenn man ihn überredet, wenn auch nur einen Schluck Wein zu trinken. Pat. von hohem Wuchs, kräftig gebaut, sehr blutarm, Leber stark vergrössert, schmerzhaft, klagt über asthmatische Anfälle, Uebelkeit, Erbrechen, Verstopfung. Beständig unbeschreibliche Seelenqual, die nur durch Branntwein vertrieben werden kann; beim Erwachen sehr erregten Zustand und Seelenqual, so dass wieder zum Branntwein gegriffen werden muss, wird dieser verweigert, steigert sich der trauriger Zustand, so dass mehrere Mal Selbstmordversuche gemacht wurden. Im Laufe des Tages trinkt er viertelstündlich einen Schluck Branntwein. Die Behandlung bestand in einigen grossen Dosen Rhabarber, ausserdem $^1/_{60}$ salpetersauren Strychnins in Pillen zweimal täglich. Branntwein streng untersagt.

Anfangs fühlte sich Pat. sehr schlecht, doch besserte sich beim Gebrauch grösserer Dosen ($^1/_{30}$ Gran) Strychnins sehr bald das Allgemeingefühl, die Lebergeschwulst verschwand und Pat. fühlte sich vollkommen wohl. Buch (Willmannstrand, Finnland).

---

495) **E. Bridges:** Delusions, the result of intestinal accomulations. (Wahnvorstellungen in Folge von Kothstauung.) (The British Medic. Journ. 10. April. 1886.)

Eine 50jährige Frau, Mutter von 6 Kindern, verlor den Appetit, bekam Stuhlverstopfung, wurde mager; etwa 4 Monate später gesellten sich Geschmacks- und Geruchstäuschungen hinzu, die sie zu der Idee brachten, dass Familienglieder und Freunde sie durch Erzeugung von Tabacks-, Phosphor-, Schwefeldämpfen ärgern und wo möglich vergiften wollten. Alle diese Symptome verschwanden, nachdem eine bei der Untersuchung gefundene Kothanhäufung im Colon durch geeignete Mittel beseitigt war. Voigt (Oeynhausen).

---

496) **Lindenborn** (früher Heppenheim): Allgemein pathologische Betrachtungen über das Vorkommen und die Bedeutung der Unreinlichkeit der Geisteskranken. (Arch. f. Psych. XVII. 2. p. 322.)

Eine Arbeit, die sich wenigstens in ihrem ersten Theile — nicht gerade zum Vortheile der Verständlichkeit in der Ausdrucksweise — an einen Vortrag Schüle's vom J. 1880 lehnt. (Allg. Zeitschr. 37. p. 669.) Nur behandelt Lindenborn die Sache — es handelt sich hauptsächlich um das Schmieren — vom Standpunkte der *allg.* Psychopathologie, während Schüle nach der Reihe der einzelnen Krankheitsformen vorgeht. — Nach einem grossen Aufwande psychophysischer Deductionen bezüglich der Aetiologie gesteht der Autor die Einfachheit des Gegenstandes selbst zu, indem er recapitulirt: das Schmieren kommt zu Stande „nach dem Typus des organisch bedingten Krampfes, der automatischen Bewegung oder des mechanischen Reflexactes, als Ausdruck einer primären Erkrankung der oder jener Hauptkategorie der psychischen Thätigkeit, als Trieb oder Affectäusserung, als Folge einer Sinnestäuschung oder einer Wahnidee, als Willenshandlung oder willkürliche That, auf jeder Stufe der psychischen Schwäche und des geistigen Verfalls, auf rüstiger oder invalider Hirngrundlage mit oder ohne Betheiligung des Factors der Vererbung und der Degeneration, und *es erscheint kaum möglich, eine Form der psychopathologischen Aeusserung aufzufinden, die sich nicht mit dem Schmieren in gewissem Sinne vergesellschaften könnte.* — Mit Zugeständniss des letzten Satzes fällt auch die früher manchmal vertretene Ansicht: dem Schmieren eine besondere pathognostische und prognostische Bedeutung beimessen zu wollen. Im weiteren Verlauf seiner Arbeit erörtert Verf. noch mehrere Erfahrungs-sätze und -Fragen. Dass das Schmieren oft als reines Artefact vorkäme, dass es bei Isolirten am häufigsten beo-

bachtet (wenn auch nicht gerade durch den Act des Isolirens hervorgerufen) werde. Es werden die „unechten Schmiere“ (etc. aus Mangel an Pflege) erwähnt. Statistisch wird nachgewiesen, dass bei Geisteskranken ausserhalb der Anstalt das Schmieren entschieden seltener ist — besonders wegen der Factoren der Imitation und des Zwanges in den Irrenanstalten. Der Autor wurde durch Mittheilungen aus Alt-Scherbitz in den Stand gesetzt zahlenmässig zu constatiren, dass dort die freie Lebensweise und die intensive Beschäftigung die Unreinlichkeit der Geisteskranken bedeutend beschränkt haben.

Langreuter (Eichberg).

---

497) **Siemerling** (Berlin): Ueber schottische, englische und franzoesische Irrenanstalten. (Arch. f. Psych. XVII. 2. p. 577.)

Den interessantesten Theil dieses flott geschriebenen Reiseberichts (vom Sommer 1885) bildet die Schilderung der neueren *schottischen* Irrenzustände. Wenig bekannt aber sehr nachahmenswerth dürfte es sein, dass der dortige „Board of lunacy“ die Befugniss hat, auch über die *ausserhalb* der Anstalten befindlichen Geisteskranken Aufsicht zu üben. Die Behörde kann sich durch diese Thätigkeit wahrlich mehr Verdienst erwerben als durch Chicanirung der Anstaltsvorstände! Die grösste Anzahl der auf freiem Fusse sich befindenden Geisteskranken wird in ihren Registern geführt. Die familiare Irrenpflege ist in Schottland sehr ausgebreitet; die einzelnen Kranken sind in den verschiedensten Dörfern, Flecken und einzelnen Höfen untergebracht. Für 6—7 Schilling die Woche wird Wohnung, Kost und Beaufsichtigung gewährt. Beispielsweise sind augenblicklich in dem Dorf Kennoway am Firth of Forth 60 Pfleglinge zur grössten Zufriedenheit beider Theile stationirt. Ausgeschlossen von der Familienpflege sind die Paralytiker, die Epileptischen, alle Kranken mit periodischen Aufregungszuständen und die mit hochgradigem Blödsinn. Es wird zahlenmässig nachgewiesen, dass diese Pflege sich billiger als die Anstaltsinternirung gestaltet.

Von den öffentlichen Anstalten besuchte S. Morningride bei Edingburgh, Woodilee bei Glasgow und die Irrenabtheilung beim Gefängniss zu Perth. Das in den beiden ersteren Instituten durchgeführte Open-Door-System wird sehr gerühmt. In Woodilee „durchschreitet man die ganze Anstalt ohne einen Schlüssel zu gebrauchen.“ Die Zahl der Entweichungen ist nicht grösser als vor Einführung des Systems, trotz dem erst auf 10—12 Kranke ein Wärter kommt. Von den Todesfällen waren nur 12% Phthise! In der Irrenabtheilung zu Perth gelangen sie ziemlich alle Categorien von den sog. geisteskr. Verbrechern und verbr. Geisteskranken. Uebrigens soll das viel citirte „Interniren during her Majesty pleasure“ ein Mythus sein!

Von den *englischen* Anstalten beschreibt S. hauptsächlich *Broadmoor*. Heute ist diese Anstalt ein dauernder Aufenthalt für die „verbr. Geisteskranken“, für die „geisteskr. Verbrecher“ nur Durchgangsstation.

Diese (sc. krankgewordene Gefangene) kommen zunächst nach Woking und nachdem sie wenige Wochen vor dem Strafablauf (meistens in Broadmoor) classficirt worden sind entweder in die gewöhnl. Irrenanstalten oder (besonders die Imbecilen) nach Parkhurst und Dartmoor. Es besteht der Plan die schwer tractablen geisteskrankgewordenen Gefangenen künftig auch dauernd in Broadmoor unterzubringen. Die Entlassung aus letzterer Anstalt liegt in jedem Falle in der Hand des Staatsministers.

Gelegentlich der kurzen Notizen, die Siemerling über die *französischen* Anstalten Ville Evrard und Vaucluse giebt, spricht er sein Erstaunen darüber aus, dass hier — in dem Lande Pinels! noch sehr ausgiebig mit Zwangsjacke, Zwangsstuhl und Douche operirt wird.— Eine rühmliche Ausnahme macht das unter Magnan's Leitung stehende Asyl St. Anne, Aufnahmestation für Paris.

Langreuter (Eichberg).

---

498) **Descourtis** (Jory): Des injetions hipovdermiques d'ergotine dans le traîtement des attaques congestives de la paralysie générale. (Subcutane Ergotininjectionen gegen die Congestivzustände der progr. Paralyse.) (L'Encéphale Bd. V. 1885.)

D. hatte ausserordentlich gute Erfolge von subcutanen Ergotineinspritzungen in der Behandlung der apoplectiformen, epileptiformen, congestiven Zustände im Verlauf der Paralyse. Während Girma (cfr. d. Centralblatt 1884 Nr. 24) bei innerlicher Darreichung des Ergotin grosse Erfolge in der Bekämpfung der Gehirnhyperämien erzielte, suchte D. in der Methode der subcutanen Injectionen ein Mittel gegen bereits zum Ausbruch gekommene Anfälle. Er beschreibt 6 Fälle, in denen sich das Verfahren gegen die genannten Zustände sehr bewährte, und will nie üble Nebenwirkungen gesehen haben. Die Einzeldose war ungefähr 2,0, die Tagesdose bis 12,0. Schliesslich empfiehlt D. das Mittel überhaupt bei Zuständen von Gehirnhyperämie, z. B. Apoplexie, Status epilepticus. Schoenthal (Heidelberg).

---

499) **Popoff** (Petersburg): Du regré d'importance au point de vue du prognostic d'un abaissement extrême de la température dans le cours des maladies mentales. (Ueber die prognostische Bedeutung extremer Temperaturerniedrigung im Verlauf von Geisteskrankheiten). (Arch. d. Neurol. 1885. Nr. 27.)

P. beschreibt den Fall einer 49 jährigen hereditär sehr belasteten Frau, die im Verlauf eines Manie-Recidives Temperatursenkungen bis 34,³ (im Rectum gemessen) aufwies und kurze Zeit später vollständig genas. Schoenthal (Heidelberg).

III. Aus den Vereinen.

I. Cambridge Medical Society.

Sitzung vom 6. Jan. 1886. (The British Medic. Journ. 13. Febr. 1886.)

500) **Marten**: *Tubercular meningitis following blow of the head.* (Tuberculöse Meningitis nach einem Schlage auf den Kopf.) Ein 7jähriger, anscheinend gesunder Knabe, der seit einigen Monaten an einem doppeltseitigen Ohrenfluss litt, erkrankte unmittelbar, nachdem er mit dem Kopfe an die Wand gestossen war, an bleibendem Kopfschmerz, verlor am 10. Tage danach das Bewusstsein und starb. Die Section zeigte ausser Lungentuberculose Abflachung der Hirnwindungen, an der Hirnbasis und in der Fissur. Sylv. Der Fall ist gerichtlichmedicinisch interessant wegen der Frage, in wie weit die dem Knaben zugefügte Verletzung an seinem Tode schuld war.

Voigt (Oeynhausen).

II. Clinical Society of London.

Sitzung vom 12. März 1886. (The Brit. Medic. Journ. 20. März 1886.)

501) **Roderick Maclaren** (Carlisle): *Hernia cerebri successfully treated by closing the opening in the skull with a silver plate.* (Hernia cerebri, erfolgreich behandelt durch Verschliessen der Schädelöffnung mit einer silbernen Platte.)

Bei einem Patienten, der am 9. Tage nach Zuziehung einer complicirten Schädelfractur (linke Schläfe) von tiefem Coma und häufigen Convulsionen befallen wurde, entstand in Folge des Entfernens von Knochenfragmenten (3 Zoll lange 1—$1^1/_2$ Zoll breite Oeffnung im Schädel) eine hernia cerebri, während jene Krankheitserscheinungen allmählich verschwanden. Es wurde ein Stück des vorgefallenen Gehirns abgetragen und dann eine Silberplatte *in* die Schädelhöhle hineingeschoben, die jene Hernia bedeckte, sich gelegentlich verschob, so dass die hernia wieder zum Vorschein kam, schliesslich aber zwei Monate liegen blieb; als sie dann entfernt wurde, entstand kein neuer Hirnvorfall und die Schädelwunde heilte bald zu. Pat., der in der letzten Zeit seines Hospitalaufenthaltes zwar einige von Aura eingeleitete epileptische Anfälle hatte, im Uebrigen aber keinerlei Symptome heftigerer localer Reizung zeigte, behielt Parese des rechten Beines und Gesicht's, sowie totale Paralyse des rechten Armes zurück; auch konnte er beim Sprechen zeitweise ein Wort nicht finden.

Voigt (Oeynhausen).

III. Ophthalmological Society of the united Kingdom.

Sitzung vom 11. März 1886. (The Brit. Medic. Journ. 20. März 1886.)

502) **Bristowe**: *Double optic neuritis in cerebral hämorrhage.*

In dem Fall von plötzlich eingetretener Hemiplegie mit Bewusstlosigkeit verführte die gefundene Neuritis optica dazu, einen Gehirntumor zu diagnosticiren; es fand sich jedoch bei der Section neben athero-

matösen Arterien ein taubeneigrosser Bluterguss in dem linken thalamus opticus, der sich zugleich bis in den hintern Rand der innern Kapsel und die weisse Substanz des Temporo-sphenoidal-Lappens, sowie auch in den hinteren Theil des Linsenkerns erstreckte.

Voigt (Oeynhausen).

IV. Wolverhampton and District Medic. Society.

Sitzung vom 4. März 1886. (The Brit. Medic. Journ. 10. April 1886.)

503) **Lycett**: *Paralysis following the injection of jodo-glycerine for the treatment of spine befide.* (Paralyse in Folge von Jod-Glycerin-Einspritzung zur Behandlung der spin. bifid.)

Während der Sack in Folge 2 maliger Einspritzung von Jodglycerin verödete, stellte sich bleibende sensible und motorische Paralyse der Beine, sowie Incontinentia alvi et vesicae ein; zugleich bildete sich Hydrocephalus aus. — Aus einem von der Clinical Society of London angeregten Commissionsberichte erhellt, dass in einem andern Falle von spina bifida ebenfalls Paralyse in Folge der Behandlung des Tumors entstand und andauernd blieb, während dieselbe in andern operirten Fällen nur vorübergehend (einmal auch complete Paraplegie) auftrat; in 3 Fällen schloss sich an die Behandlung unmittelbar Hydrocephalus an. Aus demselben Berichte ist auch zu ersehen, dass in England im Jahre 1882 647 Kinder, darunter 615 unter 1 Jahre alt, an spina bifida starben und dass von 71 mit Jodglycerin-Einspritzungen behandelten Kinder (dieselbe wird als die beste Methode gerühmt) nur 35 genasen, 27 starben, 4 gebessert, 5 nicht gebessert wurden. Voigt (Oeynhausen).

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Hertz'sche Anstalt in Bonn (Dr. Freusberg), Assistenzarzt, baldigst. 2) St. Gilgenberg bei Bayreuth (Dr. Falco's Privatanstalt), Assistenzarzt, 1. September. 3) Stellvertretung für einige Monate in eine Privatanstalt; selbständige Stellung; sofort. Meldung bei der Red. d. Bl. unter X. Y. Z.

Ernannt. Director Dr. A. Pick zum Professor der Psychiatrie in Prag.

Auszeichnung. Prof. Erb in Heidelberg: Hofrath.

Um Einsendung von Separat-Abdrücken an den Herausgeber wird freundlichst gebeten.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

9. Jahrg. 1. September 1886. Nro. 17.

Inhalt.

I. Originalien.

I.

Ein häufig vorkommendes Symptom der Neurasthenie.

Von Dr. OTTOMAR ROSENBACH,

Privatdocent an der Universität Breslau.

Die interessanten in Nro. 12 dieser Zeitschrift niedergelegten Bemerkungen von Möbius über Insufficienz der Convergenz der

Augenmuskeln bei organischen Nervenleiden (Morbus Basedowii) und bei den functionellen Erkrankungen des Nervensystems, die man als nervöse Erschöpfung oder Neurasthenie bezeichnet, geben uns Veranlassung ein anderes, ebenfalls am Auge zu beobachtendes Symptom musculärer oder, wie wir richtiger sagen wollen, nervöser Schwäche, welches in diagnostischer und pathogenetischer Beziehung ein gewisses Interesse verdienen dürfte, der Aufmerksamkeit der Fachgenossen zu empfehlen. Wir haben bis jetzt mit der Veröffentlichung gezögert, da es uns auffallend erschien, dass ein so einfaches, leicht zu beobachtendes Zeichen in seinen Beziehungen zur Diagnose functioneller Nervenerkrankung der Beobachtung und klinischen Würdigung entgangen sein sollte, glauben aber nun keinen Grund zur Reserve zu haben, nachdem mir während einer Reihe von sechs Jahren die Bedeutung des Symptoms für die, wie jeder erfahrene Arzt zugeben wird, nicht immer ganz leichte Differenzirung der Anfangsstadien organischer Affectionen des Nervensystems von der nervösen Schwäche (Neurasthenie) schätzen gelernt haben. Da, wie wir hoffen, eine kritische Würdigung unserer Beobachtungen, deren Nachprüfung ja eine leichte ist, nicht lange ausbleiben wird, so dürfte es sich bald herausstellen, ob dem gleich zu beschreibenden Phänomen die von uns vindicirte Bedeutung zukommt.

Wenn man gesunden Individuen oder solchen, die an organischen, den Muskelapparat betheiligenden Erkrankungen des Nervensystems leiden, im Stehen bei geschlossenen Füssen die Augen fest zu schliessen befiehlt, so kommen sie dieser Aufforderung sofort nach und „kneifen" die Augenlider derart zusammen, dass die Runzelung der Haut der Lider deutlich hervortritt; in keinem Falle bedarf es mehr als eines zweiten energischen Wunsches, um den völligen Schluss der Lidspalte herbeizuführen, und selbst stark ataktische Tabeskranke, die der Correction von Seiten der Augen beim Stehen bedürfen, bilden keine Ausnahme von der Regel, wenn man ihnen vorher verspricht, sie zu stützen. Es wird also in allen eben erwähnten Fällen mit Ausnahme derer, in denen gewisse anatomische Abnormitäten in der Configuration der Orbita oder der Lider den festen tonischen Schluss verhindern, eine völlige Occlusion der Lidspalte mit mehr oder weniger starker Faltung der Lidhaut erzielt und auch dort, wo mechanische Hindernisse für diesen festen Schluss existiren, kann man doch wenigstens die Absicht den Verschluss herbeizuführen an der zunehmenden Spannung des oberen Augenlides erkennen. Ganz anders verhalten sich aber die Personen, sowohl Männer als Frauen, die wir als hochgradig „nervös" zu bezeichnen pflegen, — also Individuen, bei denen allgemeine Abgeschlagenheit, Kopfdruck, leichte Ermüdbarkeit der Muskeln, Schwindelanfälle etc. das Krankheitsbild zusammensetzen. Gibt man ihnen auf in der zur Prüfung des Romberg'schen Phänomens üblichen Stellung den Verschluss der Augen auszuführen, so fangen sie an zu blinzeln oder sie schliessen die Augen bis auf einen schmalen Spalt, um sie sofort wieder zu öffnen und sich ängstlich umzublicken. Je energischer man den Befehl wiederholt, desto krampfhaftere Anstrengungen machen sie ihn auszuführen, aber ohne weiteren Erfolg, als dass sie

noch stärker blinzeln oder die heftigsten Contractionen der Stirn- und Gesichtsmuskeln produciren; im günstigsten Falle schliessen sie die Lider, aber nur für einen Moment, und auch während dieses Schlusses berühren sich die Lider eben nur lose, ohne dass die oben erwähnte Faltung der Lidhaut, das sicherste Zeichen kräftigen Lidschlusses, hervortritt. Es bedarf bei der Mehrzahl derartig afficirter Personen vielmals wiederholter, im energischesten Tone vorgetragener Aufforderungen, um einen kurzdauernden Verschluss herbeizuführen, bei einer Anzahl von ihnen gelingt es überhaupt nicht, trotzdem man die Bemühungen der Aufforderung nachzukommen bei einem Jeden deutlich hervortreten sieht.

Welche Bedeutung haben wir nun den eben beschriebenen Zeichen von Innervationsstörung oder Innervationsschwäche, denn nur als solche können wir den Vorgang bezeichnen, beizumessen? Warum können Personen mit schwer organisch afficirtem Nervensystem (bei Tabes und andern Myelitisformen), sowie normale Individuen den Lidschluss wie jede andere auf Befehl intendirte Muskelbewegung in befriedigender Weise, schnell und kräftig ausführen, sofern nicht direct nachweisbare Störungen in der Function der betreffenden Muskeln oder locale mechanische Verhältnisse einen von der Innervation unabhängigen Hinderungsgrund abgeben? In welcher causalen Beziehung steht die Schwierigkeit die Augen auf Commando fest zu schliessen zu den Fällen von schwerer Neurasthenie, in denen wir sie fast regelmässig beobachtet haben? Wir glauben nicht zu irren, wenn wir in der Unvollkommenheit des Lidschlusses, in der Unmöglichkeit die Lider „zuzukneifen“ ein sehr wesentliches Symptom der nervösen Erschöpfbarkeit sehen, da ja dieser Krankheitszustand ebensowohl auf Innervationsschwäche, d. h. auf die Unfähigkeit kräftige und langdauernde Bewegungsimpulse zu produciren als auf der Perceptionshyperästhesie d. h. auf der enormen Steigerung der Empfindlichkeit selbst für geringfügige, mit der Organthätigkeit verbundene, central entstandene und centripetal geleitete, Sensationen, beruht und möchten die Ansicht aussprechen, dass in dem oben geschilderten Verhalten des Schliessmuskels des Auges Neurasthenischer beim Befehl das Auge zu schliessen gewissermassen in nuce das ganze Bild des neurasthenischen Zustandes enthalten ist. Warum schliesst der Neurasthenische nicht mit einem Ruck und für so lange Zeit, als es verlangt wird, die Augen? Erstens desshalb, weil er ängstlich und unruhig ist und hinter der Aufforderung etwas Beängstigendes oder Gefährliches, eine vielleicht unangenehme therapeutische Manipulation (Electrisiren etc.) vermuthet, zweitens weil er in der Erinnerung an seine Schwindelanfälle, an seine vermeintliche Unsicherheit beim Stehen und Gehen bei geschlossenen Augen, umzufallen fürchtet, drittens weil er im allgemeinen überhaupt nicht im Stande ist, namentlich auf Befehl, eine ungewohnte Bewegung, wie das „Zusammenkneifen“ der Augen, mit seinen *undisciplinirten* Muskeln sofort in gewünschter Weise auszuführen, viertens weil ihn die energische Contraction der Muskeln sehr schnell ermüdet. Daher blinzelt er mit den Augenlidern, ohne überhaupt die Lidspalte zu schliessen oder senkt das obere Augenlid, ohne den Orbicularis zu innerviren, wobei natürlich die Faltung des Lides aus-

bleibt oder innervirt den Schliessmuskel nur, um ihn im nächsten Moment wieder erschlaffen zu lassen oder verzieht krampfhaft das Gesicht, runzelt die Stirn, ballt die Hände, ein Zeichen dafür, dass der energische Innervationsimpuls in falsche Richtung geleitet wird, — kurz der Patient thut alles, nur nicht das, was von ihm verlangt wird und erst nach zahlreichen Versuchen und energischem Zureden gelingt das so leicht auszuführende Manöver, nicht selten erst unter manifesten Zeichen der Abspannung und dem Eingeständnisse, dass die Procedur eine ermüdende und unangenehme sei. — Es bedarf wohl keiner weiteren Beweisführung dafür, dass sich in dem oben geschilderten localen Vorgang das Wesen des neurasthenischen Zustandes in recht characteristischer Weise spiegelt und es liefert die Analyse des uns beschäftigenden Symptoms einen weiteren Beweis — wenn es eines solchen noch bedürfte — für die einzig rationelle Therapie der nervösen Erschöpfbarkeit, die *methodische Disciplinirung* des Geistes und des Körpers. Wir stehen auf Grund unserer bisherigen Beobachtungen, um deren vorurtheilslose Prüfung wir bitten, nicht an, in den vielen zweifelhaften Fällen, in denen die Diagnose zwischen blosser Nervosität und beginnender organischer Erkrankung, namentlich der Medulla spinalis schwankt, das Vorhandensein des eben beschriebenen Phänomens als wichtiges und ausschlaggebendes Moment für die Annahme der Neurasthenie zu verwerthen und haben uns bei einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Patienten davon überzeugt, dass wir keiner falschen Fährte gefolgt sind.

Die Analogie unseres Symptoms mit dem von Möbius beschriebenen liegt in dem Entstehungsmodus; beide Zeichen erwachsen auf dem Boden der Innervationsschwäche Neurasthenischer; doch scheint unser Symptom insofern der prägnantere Ausdruck derselben als es ja eine leichter ausführbare Muskelaction darstellt, während die starke Convergenzbewegung beider Augenachsen, die Möbius fordert, im allgemeinen wohl eine weitaus stärkere Willens- und Muskelanstrengung in Anspruch nimmt, ganz abgesehen davon, dass wie Möbius richtig bemerkt, bei Morbus Basedowii das Moment der Nervenschwäche mit dem des mechanischen Hindernisses (in Folge des Exophthalmus) zusammentrifft, um die Convergenzbewegung zu einer noch schwierigeren Muskelleistung als unter normalen Verhältnissen zu gestalten.

II.

Ueber die Lokalisation der Ophthalmoplegia exterior.

Von Dr. P. J. MÖBIUS.

Man nimmt jetzt meist an, dass jede Ophthalmoplegia exterior nucleär sei, d. h. dass, wenn die Drehmuskeln des Bulbus und der Levator palp. sup. gelähmt sind, der Sphincter iridis und der M. ciliaris nicht, die Läsion in den Augenmuskelnervenkernen oder in der Nähe

dieser Kerne sich befinde. In der That könnte durch eine Läsion der Nervenstämme Ophthalmoplegia exterior nicht wohl entstehen. Dagegen wäre es sehr gut denkbar, dass eine Schädlichkeit die zu den Augenmuskeln ziehenden Nervenfasern in den Muskeln oder in der Nähe derselben träfe, ja es erscheint nicht unwahrscheinlich, dass *die erst neben dem N. opticus, dann im Inneren des Bulbus, als N. ciliares geschützt verlaufenden Endzweige des Oculomotorius einer Gefahr entgehen, welche die ausserhalb des Bulbus bleibenden ereilt.* Zu dieser Ueberlegung veranlasste mich folgende Beobachtung, bei welcher Ophthalmoplegia exterior bestand und doch verschiedene Umstände für die extracerebrale, im engeren Sinne peripherische Natur der Läsion sprachen.

Am 30. August 1884 kam ein 20 jähr. Zeichner in die hiesige Universitätspoliklinik. Er gab an, dass er im Anfange des Monats eine Eisenbahnfahrt gemacht und sich dabei der Zugluft ausgesetzt habe. Zwei Tage später seien *reissende Schmerzen* in der Umgebung des rechten Auges und der ganzen rechten Gesichtshälfte aufgetreten, welche etwa 14 Tage lang anhielten. Dann sei eine *Schwellung des rechten oberen Lides* dazugekommen, seien Doppelbilder aufgetreten und einen Tag später sei das Lid herabgesunken.

Es fand sich *complete Ptosis und complete Lähmung aller Drehmuskeln* des rechten Auges. Hob man das Lid auf, so stand das Auge geradeaus gerichtet still und konnte nach keiner Richtung hin gedreht werden. Der Augenhintergrund war gesund (Prof. Coccius).

Am 25. September fand ich complete Lähmung des rechten M. rectus externus, starke Parese aller äusseren Oculomotoriusmuskeln und des Obliqu. sup., die rechte Pupille war der linken *gleich*, beide waren ziemlich eng, *reagirten lebhaft* auf Lichteinfall. Der Kr. konnte mit dem rechten Auge kleine Schrift in der Nähe erkennen, ebenso wie mit dem linken. Er klagte über reissende Schmerzen im rechten Oberkiefer, welche besonders bei kühlem Winde und Nachts einträten, und über Taubheitsgefühl der rechten Gesichtshälfte. Es bestand *Druckempfindlichkeit des rechten Infraorbitalispunctes* und geringe *Abstumpfung der Empfindlichkeit der rechten Wange.*

In den nächsten Monaten schritt die Besserung langsam fort. Im November bestand noch Parese des r. M. rectus externus, ganz geringe Schwäche der übrigen äusseren Muskeln. Pupille und Accommodation normal wie früher. Nur selten und in mässigem Grade Schmerzen in der rechten Wangengegend. Im Dezember war der Kr. bis auf eine mässige Schwäche des rechten M. rectus externus geheilt.

Die Ophthalmoplegia exterior trat in diesem Falle unter den Umständen auf, unter welchen wir oft die peripherische, sog. rheumatische Facialislähmung entstehen sehen. Wie nicht selten bei dieser bestanden hier Zeichen einer peripherischen Trigeminusaffection, reissende Schmerzen, Druckempfindlichkeit und geringe Anästhesie im Bereiche des 2. Astes. Eine nucleäre Läsion erscheint als recht unwahrscheinlich. —

Ich habe früher als ein wahrscheinlich brauchbares Zeichen der nucleären Augenmuskellähmung das *Einsetzen derselben mit Kopfschmerz und Erbrechen* bezeichnet. Vielleicht könnte die *Combination dieses Zeichens mit der Beschränkung der Lähmung auf die äusseren Augenmuskeln* der Diagnose eine gewisse Sicherheit geben.

In besonderer Weise zeigten sich die erwähnten Erscheinungen in folgendem Falle.

Am 5. Mai 1886 kam ein 13 jähriges Mädchen in die Poliklinik. Dasselbe stammte aus gesunder Familie und war früher immer gesund gewesen. Im Februar hatte während einiger Tage vorübergehend Doppeltsehen bestanden. Vom 25. bis zum 27. April hatte das Kind über heftige Schmerzen im rechten Auge und in der Umgebung desselben geklagt und oft erbrochen. Am 28. April war das obere Lid herabgesunken, *seitdem weder Schmerz noch Erbrechen.* Der Zustand war dann im Gleichen geblieben.

Das rechte Auge war ganz durch das bewegungslose obere Lid verdeckt. Wurde dieses gehoben, so war die Augenaxe nach aussen und etwas nach unten gerichtet. Bewegungen nach aussen und aussen unten (mit Raddrehung) möglich, nach anderen Richtungen nicht. Die rechte Pupille war ein *wenig weiter* als die linke, *reagirte aber mit grosser Lebhaftigkeit* auf Licht. Rechts wie links wurde kleine Schrift mit Leichtigkeit in der Nähe gelesen.

Acht Tage später war der Befund derselbe, nur waren jetzt beide Pupillen *vollkommen gleich weit.* Wieder war mehrmals Erbrechen und mit ihm Schmerz in der Tiefe der Augenhöhle und in der rechten Hälfte des Vorderkopfes aufgetreten. Der Schmerz war Kopfschmerz, sagte das Kind mit Bestimmtheit, nicht Gesichtsreissen, er war dumpf und stetig.

Nun fand ich noch Folgendes. Berührte man mit einem stumpfen Gegenstande die Conjunctiva oder gar die Cornea links, so erfolgte lebhaftes Zukneifen des Auges, bez. Wegziehen des Kopfes. *Am rechten Auge bewirkte Berührung der medialen Hälfte der Cornea, der medialen Conjunctiva bulbi und der Conjunctiva des unteren Lides keinen Reflex* und erregte keine Empfindung, während die äussere Hälfte der Cornea und die übrige Conjunctiva in normaler Weise sich verhielten. Diesen merkwürdigen Befund habe ich in den folgenden Wochen meinen Zuhörern wiederholt demonstriren können. Im weiteren Verlaufe des Mai und im Juni blieb die Lähmung unverändert. An mehreren Tagen jeder Woche kehrten Kopf- (bez. Augen-) schmerz und Erbrechen wieder. Im übrigen blieb das Kind gesund. Ausser der genannten war am ganzen Körper nicht die geringste Störung zu entdecken.

Im Verlaufe des Juli nahm dann die Oculomotoriuslähmung allmählich ab und in gleichem Maasse wurden auch die Reactionen gegen Berührung der Conjunctiva wieder normal. Kopfschmerz und Erbrechen wurden immer seltener und haben seit Ende Juli ganz aufgehört. Dagegen wurde die rechte Pupille wieder etwas weiter als die linke.

Im Anfang August bestand: geringe Parese aller äusseren Oculomotoriusmuskeln rechts, geringe Erweiterung der rechten Pupille, lebhafte Reaction derselben, keine Accommodationsstörung, rasches Zukneifen des Auges bei jeder Berührung der Conjunctiva und überall gleiche Empfindung bei Berührung, ungestörtes Wohlbefinden.

Ob es sich in diesem Falle um das erstmalige Auftreten einer periodischen Oculomotoriuslähmung gehandelt hat, steht dahin. Eigenthümlich ist, dass Ophthalmoplegia exterior bestand, zwar war die rechte Pupille etwas erweitert, aber nur zeitweise und nur in geringem Maasse, ihre Beweglichkeit war jederzeit vollkommen gut, eine Affection des M. ciliaris war nicht nachzuweisen. Eigenthümlich ist, dass Kopfschmerz und Erbrechen zwar mit dem Eintritte der Lähmung aufhörten, im späteren Verlaufe aber oft wiederkehrten, ohne dass sich an der Lähmung etwas geändert hatte. Eigenthümlich endlich ist die partielle Anästhesie der Conjunctiva und Cornea.

Ich habe bei zahlreichen Gesunden die Reflexe bei Berührung der Conjunctiva geprüft. Dieselben sind bei Kindern und jugendlichen Personen fast immer lebhaft: rasches Zukneifen des Auges, bezw. Fluchtbewegungen des Kopfes, nehmen mit steigendem Alter allmählich ab. Nie habe ich bei Gesunden eine umschriebene Unempfindlichkeit beobachtet, wie sie in dem mitgetheilten Falle vorübergehend bestand. Immer verhielten beide Augen sich gleich, die reflect. Bewegung wurde umso lebhafter, je näher der Cornea die Berührung stattfand. Fehlen der Bewegung bei Berührung nur der nasalen Abschnitte der Conjunctiva und der nasalen Hälfte der Cornea ist somit sicher ein pathologisches Verhalten.

Wie man in einem derartigen Falle die Erscheinungen durch eine basale Läsion erklären könnte, weiss ich nicht. Dagegen werden sie verständlich, wenn man eine Affection der Kernregion annimmt und die früher von mir aufgestellte Hypothese über die Function der absteigenden Trigeminuswurzel billigt. Ich habe die Vermuthung ausgesprochen, dass in der letzteren die die Empfindlichkeit des Auges vermittelnden Fasern und ein Theil der Durafasern enthalten sind. Nimmt man nun an, dass in dem beschriebenen Falle ein krankhafter Vorgang (gleichgültig welcher) die Region des rechten Oculomotoriuskerns geschädigt habe, ohne doch soweit nach vorn zu reichen, dass er die Fasern für die Iris und den M. ciliaris in stärkerer Weise träfe, dass zugleich derselbe die neben dem Kern hinlaufende absteigende Trigeminuswurzel in seinen Bereich gezogen habe, so erklären sich alle Erscheinungen auf's Beste. Die Ophthalmoplegia exterior erklärt sich aus der Erkrankung der hinteren Kernregion, Kopfschmerzen und reflectorisches Erbrechen, Augenschmerzen und partielle Anästhesie der Conjunctiva erklären sich aus der Erkrankung der absteigenden Trigeminuswurzel.

Freilich könnte auch hier eine *Läsion der Nervenenden* in Frage kommen, bei welcher sowohl die Endigungen der äusseren Oculomoto-

riuszweige als die der für das Auge bestimmten Trigeminusfasern getroffen sein müssten. Dafür würde das Fehlen aller sonstigen cerebralen Symptome, die sonstige Gesundheit der jugendlichen Kranken hier wie bei meinem früheren Falle periodischer Oculomotoriuslähmung sprechen.

Nur anatomische Untersuchungen werden entscheiden.

II. Original-Vereinsbericht.

Gesellschaft der Aerzte zu Budapest.

Sitzung vom 15. Mai 1886.

504) **S. Scheiber:** *Ein geheilter Fall von linksseitiger Radialis-, Ulnaris- und Medianus-Lähmung.*

Pat. ist 42 Jahre alt, Schlosser, leidet seit vier Jahren an einige Secunden anhaltenden Schwindelanfällen, die mit Verlust des Bewusstseins verbunden sind. Am 19. März legte sich Pat. nach dem Mittagessen auf das Bett und verfiel in einen tiefen Schlaf, während welchem der linke eingebogene Arm unter den Körper zu liegen kam. Vom Schlafe erwacht konnte Pat. den Arm nicht bewegen, er war vollkommen gelähmt. Am 25. März folgender Status: Der linke Oberarm ist nach jeder Richtung gut beweglich, die Flexion und Extension des linken Unterarms geht gut von statten, jedoch ist die Flexion nicht so kräftig wie rechts, die Hand hängt lose herunter, die Finger sind stark flectirt, der Daumenfinger ist unbeweglich; die auf den Tisch gelegte Hand ist unbeweglich. Der Unterarm ist in fortwährender Pronation, der ausgestreckte Unterarm kann nicht supinirt werden. Die linke Hand drückte am Dynamometer 5, die rechte Hand 30 Klgrmm. Die Finger sowie der Handrücken waren für Nadelstiche gefühllos. Die electrische Reizbarkeit der Nervenstämme und der linksseitigen Muskeln des Unterarmes war bedeutend geschwächt gegen den galvanischen wie gegen den faradischen Strom. Die linke Hand war eiskalt und viel magerer als die rechte. Der Grund der besprochenen Lähmung war der zweistündige Druck der Körperschwere auf die Nervenstämme. Ein solcher Fall wie der beschriebene ist in der Literatur noch nicht vorgekommen. Polláck (Budapest).

III. Referate und Kritiken.

505) **Mc. Keen Cattell** (Leipzig): The influence of the intensity of the stimulus on the length of the reaction time. (Der Einfluss der Intensität des Reizes auf die Länge des Reactionsstadiums.)

(Brain. Januar 1886.)

In sehr zahlreichen Versuchen hat C. gefunden, dass im Mittel die Zeit bis zur Reaction auf einen Lichtreiz mit der steigenden In-

tensität desselben abnimmt. Hinsichtlich dieser Wirkung ist die Farbe des Lichtes gleichgiltig. Die zum *Erkennen* einer Farbe nothwendige Zeit wird gleichfalls kürzer mit zunehmender Intensität, die Zeit dagegen, die erforderlich ist, um durch eine Bewegung auszudrücken, ob z. B. roth oder blau gesehen wurde, wird durch die Reizstärke nicht beeinflusst. Ebenso wie bei Lichtreiz gestalten sich die Versuche bei Hautreiz durch verschiedene Abstufungen eines electrischen Schlages.

Matusch (Sachsenberg).

---

506) **P. Meyer** (Strassburg): Beitrag zur Lehre der Degenerationen der Schleife. (Arch. f. Psych. XVII. 2. p. 439.)

Auf der Kussmaul'schen Klinik wurde dieser Fall einer reinen *aufsteigenden* Schleifendegeneration beobachtet. Die Krankheit der 62 jährigen Frau ist in klinischer Beziehung ohne Interesse, weil die hier interessirenden Thatsachen eigentlich nur einen accidentellen Sectionsbefund bildeten. Die oben angegebene Deutung des Verf. scheint nach der ganzen Sachlage die richtige zu sein: im unteren Theil der Med. oblong. und zwar in der linken Hälfte derselben fand sich ein in der Breite wie in der Höhe sehr circumscripter alter Herd und ferner „eine wohl ausgeprägte Sclerose des rechten Schleifengebietes, welche von der Med. oblong. ab, oberhalb der sog. Schleifenkreuzung bis hoch hinauf, in die regio subthalamica sich verfolgen lässt." Von der (durch frühere Forschungen wahrscheinlichen) Annahme ausgehend, dass die Schleife eine gekreutzte Fortsetzung der Hinterstränge nach oben darstellt, erklärt Verf. die genannte Sclerose als secundär aufsteigende Degeneration. Wenn nämlich die aus den Funiculi cuneati und graciles (Hinterstränge) stammenden Fasern in der Höhe der Oliven als Fibrae arcuatae internae vor dem Centralcanal oder in der Raphe sich kreuzen und zur Schleifenschicht der anderen Seite ziehen, so mussten dieselben in unserem Falle durch den beschriebenen Herd der linken Seite in ihrer Continuität unterbrochen werden: *und es fand desshalb die Entartung der centripetalen Fasern oberhalb der Unterbrechung statt.* Das heute unter dem Namen der „Schleife" anatomisch abgegrenzte Bündel stellt einen Complex von verschiedenen Fasersystemen dar, und desshalb können natürlich Degenerationen in centrifugaler und centripetaler Richtung vorkommen.

Langreuter (Eichberg).

---

507) **H. Lissauer** (Leipzig): Beitrag zum Faserverlauf im Hinterhorn des menschlichen Rückenmark's und zum Verhalten desselben bei Tabes dorsalis. (Arch. f. Psych. XVII. 2. p. 377.).

Von den ausgedehnten anatomischen Details dieser ausserordentlich sorgfältigen Arbeit kann hier nur das Hauptsächliche wiedergegeben werden. Die Untersuchungen erstrecken sich auf die nächste Umgebung des Eintritts der hinteren Wurzeln, auf die Substantia gelatinosa und die Substantia spongiosa. Es wurden Längs- und Querschnitte

— ganz speziell der Lendenanschwellung — mit der Weigert'schen Hämatoxylin-Blutlaugensalzfärbung behandelt: In der Gegend des hinteren Wurzeleintritts beschreibt der Verf. die sog. „Randzone" des Hinterhorns, welche zwischen der äusseren Kuppe der gelatinösen Substanz und der Oberfläche des Rückenmarks liegt und fast ausschliesslich feine Nervenfasern enthält. Innerhalb der gelatinösen Substanz grenzt L. ferner die „spongiöse Zone" als deren peripheren Theil ab, bestehend im Allg. aus einem Convolut von feinen Fasern; endlich wird die Substantia spongiosa in eine vordere und hintere Partie differenzirt, welch letztere sich durch einen auffallenden Reichthum an feinen longitudinalen Fasern auszeichnet. Diese so kurz skizzirten Gebiete hat Verf. nun auf ihre Beziehungen zur Tabes untersucht und zwar die Topographie der Degeneration, die Art ihres Fortschreitens und die Zeitpunkte ihres Auftretens: Die Entartung der Randzone fand sich 12 mal unter 13 Fällen; der Zeitpunkt war sehr variabel. In gewissen Stadien und gewissen Fällen bildeten sich symmetrische Degenerationsfelder an Stelle der Randzone. Durch die auffallende Regelmässigkeit derselben sieht Verf. die Strümpell'sche Hypothese, welche die Tabes als eine primäre combinirte Systemerkrankung auffasst, bestätigt. — Betreffs der innern Theile des Hinterhorns will ich nur noch anführen, dass dort der Verlust an feinen Nervenfasern bedeutend geringer sich zeigte als in der Randzone. Eine Ausnahme davon machen die Clarke'schen Säulen, innerhalb derer der Ausfall an *feinen* markhaltigen Fasern (bei Persistens der *gröberen*) sehr bedeutend ist — im Gegensatz zu der dieselben umgebenden spongiösen Substanz, welche erst sehr spät und verhälnissmässig gering in Mitleidenschaft gezogen wird. — Bezüglich zahlreicher weiterer Ergebnisse der Untersuchungen muss auf die Orginalarbeit und deren Abbildungen verwiesen werden. Langreuter (Eichberg).

---

508) **Stern** (Berlin): Ueber die Anomalien der Empfindung und ihre Beziehungen zur Ataxie bei Tabes dorsalis. (Arch. f. Psych. XVII. 2. p. 485.)

Auf der Westphal'schen Nervenklinik untersuchte Verf. im Verein mit Dr. Oppenheim in Bezug auf die obigen Fragen 80 Individuen. Von dem sehr richtigen Grundsatz ausgehehend: dass je complicirter die Methoden sind, desto grössere Intelligenz etc. des Versuchsobjects erfordert wird und in Ermangelung des letzten Postulat's die Fehlerquellen ausserordentlich zunehmen, beschränkte sich St. auf die einfachsten Hilfsmittel: Pinsel, Nadel und Gefässe mit verschieden temperirtem Wasser. Von den interessanten Versuchsresultaten seien folgende, als am wenigsten bekannte, hervorgehoben: Die Fälle von wahrer *Hyperästhesie* bei Tabes sind sehr selten, häufiger wird eine einseitige Ueberempfindlichkeit gegen Kälte angegeben. In einer geringen Anzahl von Fällen wurde die *„relative Anästhesie"* (Leyden) constatirt; d. h. bei anfänglicher Empfindungslosigkeit ruft eine Steigerung des Reizes plötzlich eine abnorme, intensive Empfin-

dung hervor. Im Gegensatz dazu waren andere Individuen anästhetisch gerade für excessive Reize (*„relative Anästhesie“*). Im Gebiete der *perversen Empfindungen* beschreibt Verf. eine Reihe von eigenthümlichen Erscheinungen. Die gewöhnlichste dieser Anomalien bei Tabes ist, dass der Kranke mehrere verschiedene Schmerzeingriffe als *eine* Art von Schmerz empfindet, ferner tritt häufig eine *zeitliche Incongruenz* verschiedener Empfindungsqualitäten auf, dieselbe ist häufig vorübergehend und zuweilen bei einem Individuum sehr wechselnd. In Bezug auf die *Temperaturempfindung* wurden von Kranken Eindrücke förmlich gefälscht, indem bei Application von Kälte, Wärme gefühlt wurde. (Bei Eiswasser „brennend heiss“.)

Eigentliche *Doppelempfindung* (sc. *eines* Insultes an 2 Stellen) wurde dreimal beobachtet, jedoch nur bei *Schmerz* —, nicht bei Tasteindrücken. Nachdem der Verf. dann die Unterscheidung der gerade bei Tabikern sehr häufigen *Urtheilstäuschungen* von wirklichen Gefühlsanomalien berührt hat, bespricht er die *Störungen* des *Ortssinnes* in seinen verschiedenen Nüancen. Bei Tabischen lässt sich der Satz: dass die Intensität der Empfindung mit Extensität des Reizes wächst, sehr oft durch die Erscheinung demonstriren, dass gewisse Reize überhaupt erst wahrgenommen werden, nachdem sie eine gewisse Ausdehnung haben. Oft muss die *Empfindung* erst durch Application mehrerer Reize gleichsam *geschult* werden, wie denn auch bei Einzelnen im Verlauf der Untersuchung eine anfängliche Incongruenz schwindet. Im Gegensatz dazu herrscht zuweilen eine *Ermüdung* der *Sensibilität* vor. Prädilectionsstellen für Sensibilitätsstörungen hat Verf. bei Tabes nicht constatiren können, ebenso war das Fortschreiten ein ganz *regelloses*.

Der Beziehungen der Sensibilitätsanomalien zu der *Ataxie* der Tabes wird besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Nach Erörterung der beiden Unterarten des *Lagegefühls* der Glieder und des eigentlichen *Muskelsinns*, und nach Besprechung der Leyden'schen und Friedreich'schen Theorien (sensible und motorische Grundlage) — kommen Oppenheim und Stern zu dem Wahrscheinlichkeitsschlusse: dass die Ataxie der Tabiker zumeist motorisch (d. h. durch Veränderung der *centrifugalen* motorischen Fasern) bedingt ist, ohne bei der Genese die Rolle der Sensibilität ganz läugnen zu wollen. Sie unterstützen ihre Ansicht durch Heranziehen der *Mitbewegungen* und *Spontanbewegungen*, welche bei atactischen Tabikern beobachtet sind und mit den Coordinationsstörungen zusammenzuhängen scheinen.

Langreuter (Eichberg).

---

509) A. Krecke (Erlangen): **Ueber die myopathische Form der progressiven Muskelatrophie mit Betheiligung der Gesichtsmuskeln.**

(Münch. med. Wochenschrift 1886 Nro. 15.)

Verf. theilt aus der Klinik von Penzoldt folgenden Fall mit:

Ein 10 jähriger Junge hatte Diptherie, Scharlach und Masern überstanden; schon als kleines Kind stets „ernste Miene“ gezeigt; nach

der Scharlacherkrankung konnte er die Augen nicht mehr völlig schliessen. Seit 2 Jahren zunehmende Unruhe in Armen und Beinen. Keine Heredität. Das Gesicht hat etwas Starres, Maskenartiges. Mund leicht geöffnet; Spitzen der Lippen, Fletschen der Zähne unmöglich. Bei Aufforderung zum Lachen macht Pat. ganz kurze, stossende Exspirationen, wobei im Gesicht keine Bewegung, ausser leichter Erweiterung der Mundspalte. Stirnhaut vermag er nicht in Falten zu legen, Augenbrauen können nicht bewegt werden. Arme hängen während der Ruhe in leichter Pronation am Körper herab. Cucullaris beiderseits geschwunden. Die Mm. pectorales major und minor fehlen beiderseits bis auf einen kleinen Theil der Clavicularportion des ersteren. Vom Deldoideus ist nur ein daumendicker Wulst zu fühlen. Die Mm. serrati antici majores fehlen; Erheben des Armes ist nur bis zur Horizontalen möglich, Kreuzen der Arme über der Brust ist unmöglich. Muskulatur beider Oberarme ist stark atrophisch. Supinator longus beiderseits etwas atrophisch. Muskeln der unteren Extremitäten zeigen weit geringere Atrophie, dagegen sind die Bauchmuskeln völlig atrophisch. Sacrolumbalis schwach, woraus starke Lordosenstellung der Brust und Lendenwirbelsäule resultirt. Bei keinem einzigen Muskel Volumszunahme, nirgends fibrilläre Zuckungen. Patellarreflexe beiderseits verschwunden, Haut- und Cremasterreflex vorhanden. Bei Prüfung der electrischen Erregbarkeit findet sich nur eine der Atrophie der betr. Muskeln entsprechende Abnahme derselben, nirgends Entartungsreaction. An Gesichts- und Bauchmuskelatur völlige Abnahme der Erregbarkeit, wie sie Remak an der Gesichts- und Oberarmmuskulatur seines Patienten nachwies. Das Auffälligste dieses Patienten ist jedenfalls die Gesichtsmuskelatrophie. Doppelseitige Facialislähmung anzunehmen, ist unwahrscheinlich. Man muss annehmen, dass die Gesichtsmuskulatur bei der Geburt völlig normal war, aber schon in der ersten Lebenszeit (nach den Angaben der Mutter) durch einen myopathischen Process auf das Aeusserste reducirt ist. Landouzy's und Déjerine's infantile Form, die von den übrigen progressiven Muskelatrophien scharf geschieden hingestellt wird, erhält durch vorliegenden, so wie durch Remak's und Charcot's Beobachtungen neue Stützen. Trotzdem erscheint der Vorschlag Erb's praktisch, alle Formen unter dem Namen Dystrophia muscularis progressiva zu vereinigen, weil nach Charcot Combinationen der „infantilen“ und der Erb'schen „juvenilen“ Form vorkommen.

Goldstein (Aachen).

---

510) **Penzoldt** (Erlangen): Hemiatrophia facialis. (Münch. med. Wochschr. 1886. Nro. 14.)

Fall 1. Eine 31jährige Frau stiess sich vor 3 Jahren an der Gegend des l. äusseren Augenwinkels gegen eine Thür. Vor $1^1/_2$ Jahren Schmerz und Gefühl des Frierens in der l. Gesichtshälfte, krampfartig ziehende Empfindung in der l. Schläfengegend, Ohrensausen. Seit ca. 1 Jahre Abmagerung der l. Seite des Gesichtes, die in letzter Zeit wieder voller geworden ist. Die Untersuchung zeigt die linke Gesichtshälfte in Wangen-, Schläfen- und Unterkiefergegend deutlich

magerer. In der Gegend des l. Jochbogens ca. 3,5 cm. breite, 2,0 hohe Hautpartie von weissem, etwas glänzendem narbenähnlichem Aussehen. Fortwährend fibrilläre Zuckungen im linken Masseter. Beim Versuch den Mund zu öffnen, bekommt Pat. einen mehrere Minuten dauernden Anfall von heftigen Schmerzen, währenddem man einen tonischen Contractionszustand, abwechselnd mit klonischen Zuckungen im l. **Masseter** und Temporalis constatiren kann.

Hauptgrund der Beobachtung ist die durch die Umgebung und den behandelnden Aerzte sichergestellte Besserung, wie sie auch von Bärwinkel in zwei Fällen angegeben ist. Ferner sind bemerkenswerth die Reizerscheinungen im sensiblen und motor. Gebiete, die neben den trophischen Störungen zum Ausdruck kamen. Sie beschränken sich genau auf das Gebiet des III. Quintusastes. Die Neuralgie besteht im Bereiche des Ariculo-temporalis und Alveolaris inferior. Die muskulären Erscheinungen zeigen sich allein in der Kaumuskulatur. Die Erkrankung des Trigeminus ist hierdurch klinisch nachgewiesen, während Beobachtungen anderer Autoren aus den Erscheinungen ihrer Fälle eine Sympathicuserkrankung mit Recht annehmen.

Fall 2. Eine 28 jährige Oekonomenfrau, bekam kurz nacheinander Zahngeschwüre am rechten Oberkiefer. Nach dem letzten blieb eine verhärtete Stelle unter dem rechten Jochbogen bestehen. Bald darauf wurde die rechte Backe dünner. In demselben Gefühl von Frost, von Unempfindlichkeit und Spannung. Später soll die Backe an Fülle wieder etwas zugenommen haben. Die Untersuchung ergab das Volumen der rechten Gesichtshälfte etwas geringer, deutlich blasser als links. Besonders die Infraorbital-, Buccinatoren- und Parotisgegend rechts ist etwas eingefallen. Muskeln nicht atrophisch, keine fibrillären Zuckungen. Electrisches Verhalten, wie auch beim ersten Falle, normal. Hier ist offenbar ein sehr geringer Grad der Hemiatrophie vorhanden. Ob der Heilungsvorgang fortschreitet, muss die Zukunft lehren. Trotz der Blässe der kranken Gesichtshälfte scheint dem Verf. wegen des Fehlens anderer vasomotor., sowie secretor. und pupillärer Veränderungen eine Affection des Sympathicus unwahrscheinlich, und die Annahme einer Erkrankung einzelner Fasern der peripheren Trigeminusverzweigung am plausibelsten. Goldstein (Aachen).

---

511) Hess (Rotenburg a. d. Fulda): Ueber Temperaturen und deren **Messungen** bei Ulnarislähmungen. (Aus dem Ambulatorium des Prof. **M.** Rosenthal in Wien.) (Berl. Klin. Wochenschr. Nro. 30. 1886.)

H. hat Untersuchungen angestellt über die bei peripheren Nervenlähmungen eintretenden vasomotorischen Störungen und fand dabei zwischen dem Verbreitungsgebiet des gelähmten Nerven und den correspondirenden gesunden Hautstellen Temperatur-Differenzen von 0,7—1,8—3,9° C.

Verf. konnte durch galvanische oder faradische Reizung von Muskeln oder Nerven nie eine Temperatursteigerung erzielen (entgegen einem von Rosenthal beobachteten Fall) und zieht, da Rosenthal's Fall rasch in Besserung überging, was in seinen Fällen

nicht eintrat, daraus den Schluss, dass *„man bei sonst gleichen Symptomen diejenige Lähmung günstiger beurtheilen muss, bei welcher durch die Elektrizität eine momentane Steigerung der Temperatur möglich ist."*

Schade, dass das ganze Gebäude einstweilen blos auf 2 Fällen von Ulnarislähmung ruht! Bastelberger (Eichberg).

---

512) **Högyes:** Experimente über Nystagmus und associirte Augenbewegungen bei Hystero-Epileptischen. (Orvosi Hetilap. 1886. Nro 30, 31.)

Verf. beobachtete, auf der Klinik des Prof. Laufenauer in Budapast die associirten bilateralen Augenbewegungen bei hystero-epileptischen Frauen unter Einwirkung des Schalles, des Lichtes, des Geruches, des Geschmakes, der Wärme, tactiler und electrischer Reize, sowie bei Herumdrehung des ganzen Körpers.

I. Lässt man vor einem Ohre eine Stimmgabel ertönen, so entsteht auf der entsprechenden Seite Augenliderkrampf. Behindert man das Zustandekommen dieses Krampfes, so sieht man, dass sich beide Pupillen verengern und dass sich in beiden Augen rasche nystagmische Bewegung einstellt. Während des Nystagmus schwindelt es der Kranken, sie sieht die Gegenstände doppelt und zitternd. Bei Ertönen einer Stimmgabel mit höherem Tone stellt sich der Nystagmus der Augenlider und der Bulbi rascher ein. Bei Einwirkung schwächerer Töne wenden sich die Augen der Schallquelle zu, während sie sich bei stärkeren Tönen in die entgegengesetzte Richtung drehen. Lässt man z. B. eine Stimmgabel vor dem linken Ohre ertönen, so drehen sich beide Augen nach links. Hält man die Stimmgabel über den Kopf in Mittellinie so wenden sich beide Augen nach oben. Lässt man aber vor je einem Ohre eine Stimmgabel ertönen, so drehen sich die Augen dem etwas stärkeren Tone zu. Bei Orgeltönen währte es 10—35 Sec. bis der bilaterale Nystagmus entstand, der nachher 8—175 Sec. anhielt. Der Nystagmus war beim Anfang und Ende der Erscheinung immer horizontal, nur in der Mitte der Erscheinung kamen auch kreisförmige Augenbewegungen vor.

II. Dreht man vor den Augen der ruhig sitzenden, wachen Kranken ein brennendes Licht im Kreise, so entsteht in Begleitung von Schwindelgefühl und Diplopie, anfangs schwächerer später stärkerer Nystagmus. Hört man mit dem Drehen auf, so verschwinden langsam auch die Erscheinungen: die Schwingungen der Augen werden seltener, die verengte Pupille erweitert sich oscillirend wieder und nach kurzer Schläfrigkeit stellt sich der wache Zustand wieder ein. Verschiedene Farben reizten die Retina mit verschiedener Intensität, so dass sich der Nystagmus bald langsamer bald rascher einstellte.

Dieselben Erscheinungen entstanden auch bei starkem Fixiren eines Gegenstandes, bis die Kranke in Hypnose verfiel.

Schob man das weisse Blättchen des Perimeters (Förster) vor die Augen der Kranken, so musste die Kranke unwillkürlich daraufschauen und schob man es auf eine gewisse Entfernung, so konnte die Kranke die Augen nicht davon abwenden.

III. Steckte man in das eine Nasenloch mit kölner Wasser getränkte Baumwolle, oder streute man auf die eine Seite der ausgestreckten Zunge Salz oder Zucker, so entstand Contractur in der oberen und unteren Extremität derselben Seite, Blepharospasmus, bilaterale Pupillenverengerung, bilateraler Nystagmus, Diplopie und Schwindelgefühl.

Es entstanden dieselben Erscheinungen bei Druck auf den Handrücken oder auf Flachhand, sowie bei Einwirkung von Wärme oder schwacher electrischer Ströme.

IV. Setzte man die Kranke auf eine Strickschaukel und drehte sie in horizontaler Richtung, so entstand während des Drehens ein der Drehrichtung entgegengesetzter Nystagmus. (Drehte man die Kranke nach rechts so oscillirten die Augen nach links.) Nach dem Drehen stellte sich, ein der Drehrichtung entsprechender bilateraler Nystagmus, als „Nach-Nystagmus“ ein.

Verf. sucht die gemeinsame Erklärung dieser interessanten Erscheinungen in dem eigenthümlichen Zustande des Nervensystems der Hystero-Epileptischen, dessen Grundcharakterzug die *Reflex-Muskelstarre* (diathèse de contracture Charcot) ist. In Folge dessen erscheinen die auf äussere Einwirkungen entstehenden Reflexmuskelbewegungen anhaltender als bei Gesunden; so stellt sich z. B. auf die Reizung der Haut oder des Endapparates eines sensorischen Nerven keine einfache Reflex-Muskelzuckung, sondern eine anhaltendere Contractur in den entsprechenden Muskeln ein.

Das innere Wesen der Reflexmuskelstarre ist so denkbar, dass bei diesen Kranken die sogenannte aesthesodische Substanz des centralen Nervensystems eine solche moleculare Veränderung erlitt, dass sie unter Einwirkung der centripetalen Nervenreize viel längere Zeit im Reizzustande bleibt, wesswegen nachher der auf die kinesodische Substanz übergehende Reiz die entsprechenden Muskeln durch die centrifugalen Nerven viel länger in Zusammenziehung erhält. Zu dieser Auffassung muss man gelangen, wenn man bedenkt, dass die willkürlichen Muskelbewegungen bei diesen Kranken normal sind, dass also der Fehler in der kinesodischen Substanz, in den motor. Nerven und in den Muskeln nicht sein kann, und weiterhin, wenn man bedenkt, dass die auf die anaesthetische Körperhälfte einwirkenden Reize ebenso Reflex-Contracturen hervorbringen, wie auf der fühlenden Körperhälfte, während doch auf der anaesthetischen Körperhälfte die Mitwirkung der entsprechenden Hemisphären im Zustandebringen der Reflexcontracturen auszuschliessen ist. Diese eigenthümliche Hyperaesthesie der aesthesodischen Nervensubstanz kann ihr Zelt bei verschiedenen Hystero-Epileptischen in verschiedenen Segmenten des Central-Nervensystems aufschlagen. Auf Grund dieser Auffassung sind jene Thatsachen, dass auf die entsprechende Reizung der Hör-, Seh-, Riech-, Geschmacks- und Tastnervenendapparate bei diesen hystero-epileptischen Frauen associirte oder conjugirte Augendeviationen und bilateraler Nystagmus entsteht, so zu erklären, dass die aesthesodische Substanz

der Centren obiger sensor. Nerven die besprochene Veränderung erlitt, der zu Folge sie auch auf kleinere peripherische Reize in einem anhaltenderen Reizzustand verfällt, welcher auf das associirende Nervencentrum der Augenbewegungen überschlägt und dessen labiles Gleichgewicht aufhebt.

Aus den mitgetheiten Thatsachen lassen sich wichtige Folgerungen auf die innere Einrichtung des centralen Nervenmechanismus der associirten Augenbewegungen ziehen, die man auf Grund der bisherigen Erfahrungen nur ahnen, jedoch nicht beweisen konnte. Es gelang dem Verf., die von ihm bei Thieren schon beobachtete Wirkung des Acusticus auf die associirten Augenbewegungen, auch beim Menschen nachzuweisen.

Die obigen Beobachtungen beweisen, dass die den Ruhestand der beiden Augen bewirkende Reflex-Augenmuskelinnervation von Seiten aller Sinnesnervenendapparate anzunehmen ist. Die bilaterale gleichmässige Wirkung der Lichtwellen, der Schallwellen, des Geruches, des Geschmackes, der Wärme erregen gemeinsam in dem associirenden Centrum jenen mittleren Nervenreiz, welcher die beiden Augen im wachen Zustande in bilateralem Gleichgewichte erhält. Wird die bilaterale gleichmässige Wirkung der von aussen einwirkenden Ursache gestört, so schwindet das bilaterale Gleichgewicht auch in den Augen und es entsteht bilaterale Deviation, in der Regel in jener Richtung, aus welcher die störende Wirkung ausging.

Moravcsik (Budapest).

513) **Pitres et Vaillard:** Ueber periphere Neuritiden bei Tuberculösen. (Rév. de Médéc. 1886. Nro. 3.) (Schluss aus voriger Nummer.)

Die bisherigen Beobachtungen haben gezeigt, dass im Verlaufe der Lungentuberculose nervöse Störungen auftreten können, welche diffus oder localisirt, vorübergehend oder bleibend erscheinen, vorwiegend die sensible Sphäre ergreifen, bei ihrer vollständigen Entwickelung aber sensible, motorische und trophische Symptome setzen. Trotz der genauen klinischen Beschreibung solcher Zufälle durch Beau[1], Günsburg[2], Leudet[3], Perroud[4], Peter[5], Triot[6], Altemaire[7]) ist ihre nächste Ursache noch nicht ergründet worden. Die

[1]) Beau, Note sur l'arthralgie des phthisiques. (Journ. d. connaiss. médico-chirurg. 1856 p. 156.

[2]) Günsburg, Klinik der Kreislaufs- und Athmungsorgane 1856.

[3]) Leudet, étude clinique des troubles nerveux périphériques vaso-moteurs survenant dans le cours des maladies chroniques. (Arch. génér. de médic. 1865 p. 150) und Leudet, le zona et les troubles des nerfs périphériques dans la phthisie pulmonaire. (Gaz. hébdom. 1878 p. 617.)

[4]) Perroud, de quelques phénomènes nerveux dans le cours de la phthis. pulm. (Lyon médic. 1872. T. I. p. 6.)

[5]) Peter, Leçons de clinique médic. T. II. passim.

[6]) Triot, de la sciatique chez les phthisiques Th. de Paris 1879.

[7]) Altemaire, Contribution à l'étude des troubles périphériques de sensibilité survenant dans le cours de la tuberculeuse chronique. Th. de Paris 1879.

Untersuchungen von **Joffroy**, **Eisenlohr**, **Vierordt**, **Strümpell**, **C. Müller**, **Oppenheim** haben nachgewiesen, dass das periphere Nervensystem Tuberculöser diffusen, von jeder Affection des Centralnervensystems unabhängigen Veränderungen unterworfen sein kann, welche, mit dem unbewaffneten Auge nicht erkennbar, unter dem Mikroskope aber alle Zeichen der sogen. parenchymatösen Neuritis darbieten. Die Verff. der vorliegenden Arbeit haben solche Veränderungen an Phthisikern gefunden, welche während des Lebens theils rein sensible, theils gar keine Störungen von Seiten des peripheren Nervensystems dargeboten hatten. Die Summen aus allen einschlägigen Beobachtungen wird von Verff. in der Weise gezogen, dass die Erkrankungen des peripheren Nervensystems bei der Tuberculose eine recht gewöhnliche Erscheinung darstellen, wenn sie nur mit der nöthigen Sorgfalt gesucht werden, und dass die Tuberculose, ähnlich wie Diphtherie, Variola, Abdominal- und Flecktyphus auf das periphere Nervensystem einwirkt. Diese Art Neuritiden charakterisirt sich *anatomisch* durch Zerfall des Myelins, Kernwucherung der Internodien (segments interannullaires), Verschwinden des Axencylinders und durch mehr oder weniger vollständigen Schwund der Nervenfasern. *Klinisch* können 3 Formen unterschieden werden:

1) latente periphere Neuritis, 2) amyotrophische periphere Neuritis, 3) periphere Neuritis mit Vorwiegen sensibler Symptome (Hyperästhesien der Haut, der Muskeln, der Gelenke, verschiedene Neuralgien, lancinirende Schmerzen, Anästhesien und dergl.)

I. Latente periphere Neuritis ohne bemerkliche Störungen.

1. Fall. (Eigene Beobachtung.) Beiderseitige Lungencavernen, tuberculöse Geschwüre des Darms, Rückgrath, Gehirn und Rückenmark normal. Es wurde mikroskopisch an den rechtsseitigen Plantarcollateralästen, dem Stamme des rechten N. plantaris internus, an Hautnerven der Innenfläche des rechten Ober- und Unterarmes in mehr oder minder starkem Grade Klüftung des Myelins, Varikositäten der Nervenfasern, Fehlen der Axencylinder, leere Scheiden neben regenerirenden Fasern gefunden; der Stamm des rechten N. medianus, des linken radialis, die phrenici, vagi und die vorderen und hinteren Rückenmarkswurzeln wawaren gesund. —

2. Fall. (Eigene Beobachtung.) Chronische Pneumonie. Tuberculose des Darms und des Mesenteriums, periphere Neuritis.

Die oben angeführten Veränderungen wurden an Collateralästen am linken Fussrücken, an Zweigen des rechten N. tibialis anticus, den rechten collateralen Plantarästen und an beiden N. plantaris internus gefunden, während der linke Ischiadicus, die lumboabdominalen Aeste und die vorderen und hinteren Wurzeln normal waren.

II. Amyotrophische periphere Neuritiden.

Einige Beobachter hatten im Verlaufe der Lungentuberculose diffuse Lähmungen mit rasch sich verbreitenden Muskelatrophien gesehen, welche das Bild einer subacuten Myelitis anterior vortäuschten; die Section ergab Integrität des Rückenmarks und periphere Neuritis.

Eisenlohr[1]) fand bei der Section eines Tuberculösen, welcher während seines Lebens an starken Schmerzen, Lähmung und Atrophie der Beine gelitten hatte, ein normales Rückenmark, aber eine manifeste parenchymatöse Neuritis beider Ischiadici und Degeneration der zugehörigen Muskeln.

Joffroy[2]) gab ungefähr um dieselbe Zeit eine Beobachtung an einer Tuberculösen mit Paraparese der Beine, wobei die Hautsensibilität erhalten, der Muskelsinn (Kenntniss der jeweiligen Stellung der Extremität) erloschen war. Bald darauf trat eine schwächere Parparese der Arme und Atrophie an den Beinen auf, welche sich später auch auf die Arme erstreckte, die Faradocontractilität war ganz erloschen in den Muskeln der Ober- und Unterschenkel, fast null in den Muskeln des thenar und hypothenar, der Interossei, den Vorder- und Hinterflächen der Unterarme und den Deltoideis. Die mikroskopische Untersuchung der makroskopisch gesund erscheinenden betreffenden Nerven zeigte an vielen Fasern Zerklüftung der Fasern und Anwesenheit von Fettkörnchen, welche an manchen Stellen die Schwann'sche Scheide vollkommen erfüllen. Die Kerne sind vermehrt und sind diese Veränderungen am stärksten in den Ischiadicis, am geringsten in den Medianis ausgeprägt. Das Rückenmark nebst Hüllen ist normal, es finden sich ziemlich ausgebreitete Adhäsionen zwischen Pia und den Hirnwindungen, besonders an den Vorderlappen.

Vierordt[3]) beschreibt ein 23jähriges Mädchen welches angeblich nach Erkältung, plötzlich paraplegisch wurde, nach dem sie 2 Jahre vorher an Syphilis erkrankt und dagegen mit Inunctionen erfolgreich behandelt worden war. Bald darauf heftige Schmerzen in den Fussbeugern, den Knien und den Schultern, Abstumpfung der Sensibilität der Beine bis zum unteren Drittel der Unterschenkel, nach 5 Wochen zeigten die Unterschenkelmuskeln Atrophie und die bei der Mittelform peripherer Paralysen vorkommende electrische Reaction: Die Lähmung ergriff in der Folge auch die Arme, welche sehr druckempfindlich waren und EaR darboten, die Atrophie ging auf die Muskeln des Nackens und des Rückens über, die Athmung wurde beschleunigt, das Zwerchfell contrahirte sich kaum, Puls 130—150, Umnebelung der Sinne, in den letzten Tagen leichtes Fieber, Tod durch Erschöpfung nach 2½ Monaten. Die *Section* ergab beginnende Lungenphthise, Geschwür im Duodenum, folliculäre Geschwüre im Dickdarm, besonders aber im Rectum. In den Centralganglien kleine, frische, hämorrhagische Herde, das übrige Centralnervensystem gesund, dagegen waren viele Fasern in den peripheren Nerven, besonders den Vagis und Ischiadicis untergegangen, die Nervenfasern der Gastrocnemii waren vollständig entartet, die Muskeln selbst aber wenig degenerirt. —

---

1) Eisenlohr, idiopathische subacute Muskellähmung und Atrophie (Centralbl. f. Nervenh. 1879. Nro. 5. p. 100.)

2) Joffroy, de la nevrite parenchymateuse spontanée, generalisée ou partielle. (Arch. de physiol. 1879. p. 186.)

3) Vierordt, zum Studium der multiplern degenerativen Neuritis. (Arch. f. Psychiatr. Bd. XIV, 1885 p. 678.)

Vierordt fügt hinzu, dass er bei zwei anderen Kranken mit vorgeschrittener Phthise Paraplegia inferior und Fehlen der Patellarreflexe, ausserdem aber bei einem derselben Herabsetzung der Sensibilität und verlangsamte Empfindungsleitung beobachtet habe; in beiden Fällen waren die in den Gastrocnemiis sich verbreitenden Nervenfasern entartet, während Rückenmark und dessen vordere Wurzeln normal waren.

Eisenlohr,[1]) erzählt von einem Tuberculösen 23jährigen Manne der ungefähr 4 Wochen nach dem Beginne der Tuberculose (Pleuropneumonia sinistra) mit continuirlichem mässigen Fieber (nicht über 38,5) von einer, mit fortschreitender Muskelatrophie verbundenen Paraplegie der Beine befallen wurde, dabei keine Schmerzen, etwas herabgesetzte Sensibilität an den Beinen, Patellarreflexe fehlend. Nach 2 Wochen Formication in den Fingern und Schwäche in den Armen, nach 8 Tagen bereits Atrophie einiger Muskeln, besonders der Extensoren der Hand, die nach einer weiteren Woche complet wurde. Faradocontractilität der Muskeln und Nerven an allen Extremitäten, die galvanische Erregbarkeit der Nerven = null, die Muskeln zeigen EaR. Die Atrophie nahm rasch zu, die Temperatur stieg auf 39° und unter zunehmenden Suffocationserscheinungen starb der Kranke. Bei der *Section* erwiesen sich Gehirn, Rückenmark, vordere Wurzeln „d'une intégrité parfaite“, dagegen waren die Endausbreitungen der peripheren Extremitätennerven und die grossen Stämme degenerirt, die Degeneration nahm von der Peripherie zum Centrum ab.

Strümpell's[2]) Patient, ein 47jähriger Conditor, Alcoholiker seit mehreren Jahren, tuberculös, empfindet 2 Jahre vor seinem Tode (II. 1882) lancinirende Schmerzen in allen 4 Gliedern und Schwäche nebst Unsicherheit in den Beinen. Bei der Aufnahme complete Lähmung aller 4 Extremitäten, abgeschwächte Sensibilität besonders an den Beinen, aber auch an den Armen, Sehnenreflexe an Armen und Beinen, Hautreflexe nur an letzteren fehlend, ausgesprochene Muskelatrophie an Gliedern und Rumpf, weniger stark an Unterarmen und Waden, Galvano- und Faradocontractilität an Muskeln und Nerven stark herabgesetzt, stellenweise = null; T. zwischen 38—39°. Der Kranke stirbt an Asphyxie. *Section.* Gehirn, Rückenmark und dessen vordere und hintere Wurzeln normal. Die Nn. radiales, mediani, crurales und ischiadici erscheinen makroskopisch gesund, weisen aber nach 24 stündiger Behandlung mit Osmiumsäure sehr viele degenerirte Nervenfasern, aber keine entzündlichen Erscheinungen. Atrophie vieler gestreifter Muskelfasern mit bedeutender Vermehrung der Kerne und geringer Wucherung des interstitiellen Bindegewebes und der Fettzellen; die mikroskopische Untersuchung des gehärteten Rückenmarks ergab vollständige Unversehrtheit desselben und seiner vorderen Wurzeln.

---

[1]) Eisenlohr, über progressive atrophische Lähmungen, ihre centrale oder periphere Natur. (Neurol. Centralbl. 1884.)

[2]) Strümpell, zur Kenntniss der multiplen, degenerativen Neuritis (Arch. f. Psych. XIV. 1883. p. 339).

Müller's[1]) 60jährige Alkoholikerin erkrankte 4 Monate vor ihrer Aufnahme ins Hospital an acutem Gelenkrheumatismus und Dementia mit Melancholie und Delirien. Während der Gelenkrheumatismus heilte, wurde eine grosse Anzahl Muskeln in verschiedenem Grade paralytisch und atrophisch, die elektrische Untersuchung derselben ergab Zeichen von Entartung an den Unterschenkeln, den Unterarmen und den Unterschenkelextensoren. Die *Section* ergab senile Atrophie des Gehirns und Rückenmarks ohne Structurveränderungen, die spinalen Wurzeln waren normal, die peripheren Nervenstämme in ihren Muskelausbreitungen stark degenerirt, die Muskeln theils fettig, theils glasig entartet. Verkäste Tuberkel und bronchopneumonische Herde in den Lungen, einige tuberculöse Darmgeschwüre.

Oppenheim's[2]) 40jähriger Mann mit florider Phthise, leidet seit 2 Monaten an heftigen Schmerzen in den Beinen, Vertauben der Sohlen und zunehmender Schwäche der Beine. Atrophie der Unterschenkelmuskeln, besonders der Extensoren der Füsse, Herabsetzung der faradischen Muskelerregbarkeit, EaR in den von N. tibialis anticus innervirten Muskeln, Fehlen der Patellarreflexe, Muskelsensibilität verändert, Druckempfindlichkeit der Muskeln und der Nerven in ihrem Verlaufe. *Section*. Lungentuberculose. Atrophie der Muskeln an den Unterschenkeln und den Latissimis dorsi, mikroskopischer umschriebener Erweichungsherd im rechten Vorderhorn der Lumbarportion des Rückenmarks, die peripheren Nerven, besonders die zu den Mm. tibialibus anticis gehenden, sehr verändert.

Die Lähmungen bei Tuberculösen sind zuweilen nur auf die Unterextremitäten beschränkt, gewöhnlich diffus und ergreifen die eine Extremitäten, den Rücken, den Nacken, den Unterleib und das Zwerchfell, sie beginnen allmählich mit Schwäche der Extremitäten und steigern sich dann in ihrer Intensität, umfassen aber niemals alle Muskelgruppen, welche ihrerseits wieder successive und in verschiedenem Grade ergriffen werden. Ein weiteres pathognomonisches Zeichen ist die frühzeitig und rasch auftretende constant vorhandene Muskelatrophie, welche schon am 6. Tage nach den ersten Zufällen sich zeigen kann; zu gleicher Zeit sinkt parallel die faradische Erregbarkeit der Nerven und der Muskeln, um schliesslich gänzlich zu erlöschen, es zeigen sich die Zeichen der EaR.

Die Symptome der amyotrophischen Lähmungen bei Tuberculösen gleichen sehr denen bei der Poliomyelitis anterior subacuta, unterscheiden sich aber von diesen durch die Anwesenheit sensibler Störungen, hauptsächlich aber durch ihren Sitz in der peripheren, hauptsächlich intramusculären Ausbreitung der Extremitätennerven. Möglicherweise können durch die Annahme einer solchen peripheren Neuritis manche

---

[1]) C. Müller, ein Fall von multipler Neuritis (Arch. f. Psych. XIV. 1885. p. 669).

[2]) Oppenheim, Beiträge zur Kenntniss der multiplen degenerativen Neuritis (Berlin. psychiatr. Gesellsch. Sitzung am 9. 11. 1885. cf. dieses Centralblatt 1885 Nro. 23 p. 524 u. 1886 Nro. 1 p. 12.)

in der Literatur verzeichneten Fälle von isolirten Lähmungen einzelner Muskelgruppen oder Extremitäten bei Tuberculösen erklärt werden.[1])

III. Periphere Neuritiden mit vorwiegend sensiblen Störungen.

Bei Tuberculösen finden sich neben sensiblen, auf Tuberculose der Meningen (des Gehirns und Rückenmarks) beruhenden Störungen auch solche, welche auf derartige Ursachen nicht bezogen werden können. Die *Brustschmerzen* sind zu bekannt, um weiter sich hier mit ihnen zu beschäftigen, ebenso häufig ist die von Beau (l. c.) beschriebene *Arthralgie* (Melalgie von Barbereau), die bald als Zerschlagenheit, bald als lancinirender Schmerz erscheinen kann, theilweise nur auf Druck, theilweise aber auch spontan auftritt und constant mit nächtlichen Steigerungen verbunden ist. Die *Muskelhyperästhesie* (Myosalgie, myalgie nach Gubler) ist nach Perroud (l. c.) eine der häufigsten Erscheinungen bei Schwindsüchtigen, besteht in lebhaften, zuweilen sehr starken Schmerzen in den Muskelmassen der Waden und Oberschenkel, welche spontan oder durch Druck und Bewegungen auftreten und durch ihre Stärke die Kranken immobilisiren. Zuweilen hat die *Hyperästhesie* ihren Sitz nicht in den Muskeln, sondern in *der Hautoberfläche*, ist dann begrenzt, symmetrisch oder umfasst ein ganzes Glied. Nach Perroud nimmt sie hauptsächlich die Hinterfläche der Oberschenkel, dann die Unterschenkel, die Arme und den Rumpf ein und kann mit der musculären Hyperästhesie oder der Neuralgie coincidiren. Letztere ist recht häufig anzutreffen, hat ihren Sitz in den Intercostalnerven, dem Ulnaris (Leudet, Perroud, Dreyfous,[2]) dem Medianus (Perroud), den ramis cervico-brachialibus, lumbo-abdominalibus, dem Cruralis und dem Ischiadicus (Landouzy,[3]) Peter[4]).

Diese Neuralgien sind sehr hartnäckig und lange andauernd, oft mit Vertauben, Formication, abgeschwächter Sensibilität oder vollständiger Anästhesie in der hyperästhetischen Zone und trophischen Störungen der Haut und Muskeln verbunden; Landouzy (cf. Dreyfous) führt 5 Fälle von heftiger Ischias bei Tuberculösen an, welche mit Muskelatrophie complicirt waren. Am häufigsten tritt Zoster auf, Leudet[5]) führt 17 einschlägige Fälle an, Perroud erwähnt das Auftreten erythematöser Flecke, der Zoster erscheint oft mit Neuralgien auch an-

---

[1]) Leudet, étude clinique des troubles nerveux periph. (Arch. général de médécine 1864 observ. 1, 2 u. 4).

Perroud l. c.

Hahn, des complications qui peuvent suivre du côté du système nerv. dans la phthisic pulmon. chron. Th. de Paris 1874 p. 76.

[2]) Dreyfous, des névralgies chez les tuberculeux (France médic. 1884. p. 784).

[3]) Landouzy, Leçon clinique de la Charité bei Dreyfous und Gaz. des Hôpit. 1883. p. 1025.

[4]) Peter, Clinique médic. T. II p. 389. Peter hält Ischias für ein zuweilen initiales Symptom der Tuberculose.

[5]) Leudet, le zona et les troubles des nerfs péripher. dans la tuberc. pulm. (Gaz. Hébd. 1878 p. 617).

derer Körperstellen, Anästhesie und Paresen zusammen. — *Analgesien* oder *Anästhesien* werden gleichfalls nicht selten bei Tuberculösen beobachtet, nach Rendu[1]) besonders an der Hinterfläche der Unterarme treten zuweilen isolirt, an einem oder mehrern Gliedern oder fleckweise auf und sind nach Perroud oft mit neuralgischen Störungen verbunden.

Diese nervösen Störungen sind nicht beständig, werden schwächer, verschwinden oder wechseln ihren Ort. Leudet hält sie desshalb für vasomotorischer Natur, Perroud für reflectorische, functionelle, durch die Dyskrasie bedingte, Guéneau de Mussy[2]) schliesst sich dieser Ansicht an, doch suchten bereits Beau und Bouillaud die Ursache der Brustschmerzen bei Phthisikern in einer Neuritis intercostalis, welche Ansicht auch Rendu (l. c.) theilt. Peter (l. c.) führt die bei Tuberculösen so häufig vorkommende Ischias auf Entzündung das Neurilemas oder des Nerven selbst zurück. Landouzy[3]) meint im Allgemeinen, dass bei einer so allgemeinen Erkrankung totius substantiae das periphere Nervensystem wohl kaum verschont bleiben dürfte.

Es folgen nun 4 genau von Pitres und Vaillard beobachtete Fälle, in welchen bei Phthisikern ähnliche sensible Störungen beobachtet wurden und welche hier wegen Mangel an Raum nicht wiedergegeben werden können. Die Verf. kommen zu dem Resultate, dass *bei Tuberculösen, deren Gehirn, Rückenmark und Meningen vollständig gesund sind, im peripheren Nervensystem schwere Störungen, parenchymatöse Neuritiden, auftreten können,* welche grosse Verschiedenheiten im klinischen Bilde darbieten und hauptsächlich in den Endverzweigungen auftreten können, bald sind sie latent bald setzen sie amyotrophische Lähmungen oder vorwiegend sensible Störungen. Die Verschiedenheit der Symptome wird selbstverständlich durch die Art der betroffenen Nerven, (motorische, sensible oder gemischte) bedingt: diese Störungen weisen aber eine ziemlich unerklärliche Eigenthümlichkeit auf. Läsionen derselben Nervenfasern und -stämme, welche anscheinend in Form, Ausdehnung und Intensität einander gleichen, setzen doch nicht identische oder gleichartige Symptome. Diese sind bald motorisch-trophischer, bald sensibler Natur, wofür die anatomische Untersuchung des Nerven keine Erklärung gibt. Die Verf. kommen zuletzt zu folgenden Schlüssen:

1) Im Verlaufe der Tuberculose, so wie anderer infectiöser Krankheiten bieten die peripheren Nerven nicht selten Zeichen degenerativer Neuritis.

2) Diese Entzündungen sind localer Natur, hängen nicht von Läsionen des Gehirns und Rückenmarks oder ihrer Häute ab.

3) Sie können sensible, motorische und gemischte Nerven, aber auch Hirnnerven, (Opticus, Augenmuskelnerven) den Vagus, Phrenicus u. a. ergreifen.

---

[1]) Rendu, des anesthesies spontanées. Th. d'agrég. 1875 p. 159.

[2]) Guéneau de Mussy, Cliniq. médic. T. I p. 434.

[3]) Landouzy, des paralysies dans les maladies aiguës. Th. d'agrég. 1878. p. 196.

4) Die Störungen können in 3 Gruppen zusammengefasst werden:
a) sie sind latent bei voller Entwickelung der Tuberculose
b) sie zeigen vorwiegend localisirte oder diffuse Muskelatrophien
c) sie zeigen mehr oder weniger schwere sensible Störungen, Hyperästhesien, Anästhesien, Neuralgien u. a.

5) Die Häufigkeit der peripheren Neuritiden, die Veränderlichkeit ihrer Verbreitung und ihrer Symptome beweisen die Existenz und den klinischen Polymorphismus der im Verlaufe der Tuberculose vorkommenden nervösen Störungen. Hinze (St. Petersburg).

---

514) **J. Trautwein** (Kreuznach): Zur Widerlegung einiger Einwände, welche gegen mein Verfahren, Stromzweige in dem menschlichen Körper während des elektrischen Bades nachzuweisen, erhoben wurden.

Da die Berl. klin. Wochenschrift mit dem Drucke des vom Verf. eingesandten Manuscriptes ungewöhnlich lange zögerte, entschloss sich Verf. die kleine Arbeit selbst drucken zu lassen. A. Eulenburg (siehe d. Centralbl. 1885, pag. 199) hat die Trautwein'sche Angabe, dass aus dem menschlichen Körper im electr. Bade Stromzweige abzuleiten sind, nicht bestätigen können. Er erhielt vielmehr nur Nebenströme. Verf. weist nun nach, dass die Ansatzpunkte der Eulenburg'schen Nebenschliessung (Mundhöhle und Nacken resp. Rücken) sehr wahrscheinlich von Stellen gleicher oder fast gleicher electrischer Spannung ausgingen, weshalb nur ein sehr geringer oder gar kein Antheil des Hauptstromes das Galvanometer passiren konnte. Verf. machte ausserdem neue Versuche in der Art, dass er statt in den mit Soole angefüllten Mastdarm eine bis gegen das vordere Ende gleichmässig parafinirte Metallsonde in die Blase einführte und das orif. penis während des Experimentes über Wasser hielt. Bei Anwendung einer Stromstärke, welche bei einem Durchmesser der (vom Verf. zuerst beschriebenen), Kissenelektrode von 8—9 Cent. auf dem Rücken noch eben ertragen wurde, schlug die Nadel auf $1/2$ MA aus, um zur Ruhe gekommen, auf $1/4$ M. A zu verharren. Bei Stromesumkehr erfolgte sofort ein Ausweichen der Nadel nach der entgegengesetzten Seite.
Goldstein (Aachen).

---

515) **O. Rosenbach** (Breslau): Dyspepsie. (Sep.-Abdr. aus Real-Encyclop. d. ges. Heilkunde von A. Eulenburg. II. Auflage.)

Es kann hier nur unsere Aufgabe sein, auf die Bemerkungen, welche das Nervensystem betreffen, hinzuweisen. Wir wollen jedoch nicht unterlassen, die Aufmerksamkeit, auf den auch sonst recht geschickt und namentlich recht kurz gefassten Artikel hinzuweisen. Das letztere ist ein grosser Vorzug gegenüber der grossen Weitschweifigkeit, die man sonst wohl bei diesem modern gewordenen Capitel antrifft. Trotz aller Einwände, die man der Leube'schen „nervösen Dyspepsie" gemacht hat, will Verf. ihre selbstständige Stellung gewahrt wissen, und lässt daneben noch die Dyspepsia neurasthenica, die Gastroxynsis,

die Dyspepsia cardiaca, die peristaltische Unruhe des Magens als wohl charakterisirte Symptomencomplexe bestehen. Die Untersuchungen der jüngsten Zeit auf dem Gebiete der Magenkrankheiten zeigen das Bestreben, sich von den starren pathologisch-anatomischen Krankheitsbildern zu emancipiren und den wohl charakterisirten klinischen Krankheitsbildern ihren berechtigten Platz in der Nosologie anzuweisen — für Diagnostik und Therapie ein wichtiger Fortschritt. In Betreff letzterer betont Verf., dass gewisse Formen von nervöser Dyspepsie, sowohl diejenigen, welche Theilerscheinungen einer allgemeinen Nervosität sind, als auch diejenigen, bei denen nur eine locale Hyperästhesie — als Folge vorangegangener, aber geheilter Affectionen — vorliegt, hauptsächlich psychisch und mechanisch behandelt werden müssen. Der Kranke muss energisch veranlasst werden, über seine abnormen Sensationen hinwegzusehen und sich zu normalen Leistungen seines Verdauungsapparates abzuhärten. „Gerade bei veralteten Fällen feiert die auf genauer Diagnose basirte psychische Therapie, die allerdings an den Arzt grössere Anforderungen stellt, als die medicamentöse, ihre Triumphe“. Goldstein (Aachen).

---

516) **Börner** (Graz : Die Wechseljahre der Frau. (Stuttgart bei F. Enke 1886. p. 166.)

In seiner dem Klimacterium gewidmeten Monographie unterzieht Verf. auch die von Seite der Psyche und des Nervensystems sich geltend machenden Erscheinungen einer ausführlichen Besprechung. Psychische Alienationen, Zwangsvorstellungen im Klimax, Schwindelanfälle, Zwangsbewegungen, Congestionen, Hemicranie, Alienationen im Bereiche der Sinnesorgane, Neuralgien etc. werden in ihrem Verhältniss zu den Veränderungen der genannten Lebens-Epoche der Reihe nach eingehend abgehandelt. Bezüglich der vielfach neuen und anziehenden Ansichten des Verfassers muss auf das Orginal verwiesen werden. E. Bumm.

---

517) **Maurice Péraire** (Paris): Du mal perforant palmaire. (Malum perforans manus.) (Arch. gén. de méd. Juillet 1886.)

Malum perforans des Fusses gleicht in allen Stücken dem der Hand, das ebenso wie jenes die Folge einer centralen oder peripheren Neuritis ist. Während erstere sehr selten und nur bei Ataxie locomotrice und Malum Pottii beobachtet worden ist, gehört die zweite zu den häufigeren Vorkommnissen. Und zwar ist es, was das Malum perforans manus betrifft, der nerv. medianus, cubitalis, radialis und plexus brachialis, der durch Traumen, durch Druck von Narben oder Tumoren und durch Alcoholismus in Entzündung versetzt wird. Schiff meint, dass eine reizende Wirkung auf die vasomotorischen Nerven und eine auf diese Weise bedingte Gefässparalyse — jedenfalls durch Störung in der Leitung der die Ernährung vermittelnden Nervenfasern — das in Rede stehende Leiden hervorrufe. Pauli (Köln).

---

518) **William Thomas Jackman** (Coggeshall): Traumatic tetanus, treadet with chloral hydrate in conjunction with urethan; recovery. (Traumatischer Tetanus, behandelt mit Chloralhydrat in Verbindung mit Urethan; Genesung.) (The Lancet. 12. Juni 1886.)

Ein 15 jähriger Knabe, welcher in Folge einer Fingerquetschung von Trismus und Tetanus befallen worden war erhielt dieserhalb Chloralhydrat (alle 3 Stunden 20 Gran) mehrere Tage hindurch, jedoch ohne besonderen Erfolg; dann Urethan (alle 2 Stunden 4 Gran). Schon in der folgenden Nacht deutliche Besserung; nach Verlauf von 14 Tagen vollständige Heilung. Pauli (Köln).

---

519) **J. Dreschfeld** (Manschester): Further observations on alcoholic paralysis. (Weitere Beobachtungen über Alcoholparalyse.) (Brain Januar 1886.)

Verf. führt zu seiner ausführlichen Arbeit (vergl. Ref. dieses Centralbl. 1885 S. 82) über Alcoholparalyse eine Reihe von seither beobachteten Fällen an. Aus dem bereits bekannten Symptomencomplex möchte er die Hyperästhesie der Muskeln an Beinen und Armen, je nachdem sie Sitz des Leidens sind, als characteristisch hervorheben, sie fehlt wenigstens in keinem der Fälle, gleichviel ob sie die leichtere Form der Alcoh. p., *die atactische*, oder die schwerere, die *paralytische* darstellen. In den letzteren Fällen sah er häufig eine eigenthümliche Form von Geistesstörung auftreten, ähnlich der bei progr. Paralyse: z. B. glaubte sich eine Kranke am Seeufer sitzend, sprach von ihren kürzlichen Spaziergängen u. s. w., während sie seit langem nicht im Stande war, zu gehen. Matusch (Sachsenberg).

---

520) **J. Thomsen** (Kappeln): Beobachtungen über die Trunksucht und ihre Erblichkeit. (Arch. f. Psych. XVII. 2. p. 527.)

Der Umstand, dass der Verf. 50 Jahre als Arzt in derselben Gegend thätig war, ermöglichte ihm über die Trunksucht, ihrem Verlauf bei einzelnen Individuen und bei Generationen eingehende und sehr vollständige Studien zu machen. In den vorliegenden „Beobachtungen" wechseln allgemeine Krankheitsbeschreibungen mit lebhaften Schilderungen selbsterlebter Einzelfälle ab. Neben der habituellen (sc. perpetuirlichen) Trunksucht und dem bekannten Symptomencomplexe der Dipsomanie beschreibt Verf. noch eine Mischform: wo im Verlaufe des chronischen Alkoholmissbrauches Intensitätsteigerungen auftreten. Weil hier die Paroxysmen die grösste Höhe erreichen, und ausserdem die Individuen nie ganz freie Zeiten haben, erliegt *diese* Art von Säufern meistens noch schneller als die Gewohnheitstrinker, während die Dipsomanen oft ein sehr hohes Alter erreichen und sich meistens einer auffallenden Immunität gegen Krankheiten erfreuen. — Die Dipsomanie erkennt der Verf. als eine wirkliche Krankheit (auch in forensischem Sinne) an. Sie ist diejenige Form von Alkoholismus, welche am häufigsten auf Erblichkeit beruht. „Auch die Erziehung

behütet nicht vor dem Unglück". Es wird als treffendes Beispiel die Descendenz einer hochadeligen Familie geschildert: Die aussereheliche Tochter eines schon belasteten Dipsomanen war wieder Mutter von 2 Säufern, trotzdem sie mit einem soliden Handwerker verheirathet war und ihren Vater nie gekannt hatte. — Uebrigens vererbt sich der Alkoholismus bald in der continuirlichen und bald in der periodischen Form, während die Symptomatik dieser Formen bei der erblich Beanlagten eine grosse Constanz zeigt. — Andere erbliche Folgen der Trunksucht Scrophulose, Epilepsie sind nach der grossen Erfahrung des Verf. viel seltener als gewöhnlich angenommen wird. — In Bezug auf das allgemeine psychische Verhalten betont Thomsen, dass die Dipsomanen während der Intervalle fast immer intact bleiben — im Gegensatz zu den moralisch verkommenden, verblödenden continuirlichen Potatoren — Dass in Trinkerfamilien oft geistig ungewönhlich begabte Individuen vorkommen, wird auch hier bestätigt.

Aus den mitgetheilten Krankheitsgeschichten ist als interessantes Factum — für Gelegenheit eines Trunksuchtgesetzes! — zu erwähnen, dass in einem Falle ein Dipsomane im Stande war, seine Paroxysmen durch religiöse Gelübde ziemlich beliebig hinauszuschieben. er demnach als ganz unverantwortlich für diese Krankheitszustände nicht bezeichnet werden konnte!

Die Lectüre der Thomsen'schen Arbeit, besonders seine Angaben über Erblichkeit kann allen denen dringend empfohlen werden, welche wahrheitsgetreue Berichte über Selbsterlebnisse eines halben Jahrhunderts höher schätzen als fadenscheinige Statistik!

Langreuter (Eichberg).

---

521) **R. Thomsen** (Berlin): Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der „gemischten (sensorisch-sensiblen) Anaesthesie" bei Geisteskranken. (Arch. f. Psych. XVII. 2. p. 453.)

Während eine Thomsen-Oppenheim'sche Arbeit v. J. 1884 das Vorkommen der obigen Erscheinung bei Affectionen des Centralnervensystems ohne eigentliche geistige Störung behandelt, theilt in der jetzt vorliegenden Veröffentlichung Thomsen weitere Krankengeschichten mit, wo gemischte Anästhesie (die Abstumpfung der Hautsensibilität verbunden mit Abstumpfung von Functionen der Sinnesorganen) im Verlaufe von *Psychosen* bei Männern auftraten. Es handelt sich um Dementia (8 Fälle), chronische Paranoia (6 Fälle), und transitorische Angst- und Verwirrtheitszustände 4 Fälle. „Die Sensibilitätsstörung der Haut ist eine sehr launenhafte. Bald handelt es sich um eine totale und complete Hemianästhesie, bald ist die Hemianästhesie eine incomplete insofern, als daran einzelne, noch auf der hemianästhetischen Seite liegende Hautbezirke nicht theilnehmen, oder indem die Trennungslinie seitlich von der Medianlinie liegt. Einmal wurde lediglich Hemianalgesie beobachtet. Oder aber es gabelt sich die Hemianästhesie an Arm und Bein, sodass etwa die Ulnar- und innere Schenkelseite ästhetisch bleiben. Dann wieder tritt die Anästhesie fleckweise auf mit An-

nährung an Hemianästhesie oder doppelseitig fleckweise, oder aber es besteht eine Abstumpfung der Sensibilität für alle oder nur einzelne Gefühlsqualitäten am ganzen Körper". Die Anästhesie war theils stationär theils vorübergehend, häufig waren Schwankungen ihrer In- und Extensität vorhanden.

Von den Sinnesorganen war zunächst immer das Gesicht betheiligt in der Form von concentrischer Gesichtsfeldeinschränkung mit gleichseitiger Einengung der Farbenkreise. Farbensinnstörungen kamen mehrmals zur Beobachtung. Die Sehschärfe war häufig entsprechend der Gesichtsfeldbeschränkung herabgesetzt, aber nicht immer, Störung des Orientirungsvermögens einmal. Die Gesichtsfeldeinschränkung war fast immer doppelseitig.

Die Function der übrigen Sinnesorgane zeigte sich in sehr verschieden und durchaus atypischer Weise herabgesetzt. Die Gebiete der Hautanästhesie werden durch schematische Figurenzeichnungen veranschaulicht.

Derartige hochgradige Anästhesien sind bei Geisteskranken sehr selten, und Verf. nimmt mit Recht an, dass sie zu Psychose in keiner directen Beziehung stehen. Höchstens könnten beide auf gemeinsamem Boden wurzeln. Als ätiologische Factoren liessen sich fast in allen Fällen entweder Alkoholismus, Kopfverletzung oder Epilepsie nachweisen, leider bei *keinem* Kranken eines von diesen dreien *allein*. Thomsen registrirt die interessanten Thatsachen und verzichtet auf unfruchtbare Erklärungsversuche. Er betrachtet diese gemischten Anästhesien als *centrale functionelle* Erscheinungen, ohne das gleichzeitige Bestehen materieller Läsionen geradezu ausschliesen zu wollen; und protestirt jedenfalls in diesen Fällen gegen „Hysterie."

Langreuter (Eichberg).

---

522) **Krauss** (Tübingen): Waren die Wildlinge, so weit sie uns bekannt geworden sind, Idioten? (Zeitschr. f. Behandl. Schwachs. u. Epil. 1886 Nro. 1.)

Verf. glaubt diese Frage im Grossen und Ganzen vereinen zu müssen. Denn abgesehen von 3 Fällen, welche offenbar dem Idiotismus angehört haben, ist von den übrigen 13 in der Literatur mitgetheilten Fällen Nichts angegeben, was direkt auf eine angeborene Verkümmerung des Geistes hindeutet. Es finden sich sogar mehrere Beispiele angeführt, aus denen hervorgeht, dass solche Individuen selbst nach langjähriger Verwilderung unter geeigneter Behandlung und Erziehung wieder humanisirt und civilisirt worden sind. Seine Hauptbeweismonumente stützt Verf. indess auf folgende Gesichtspunkte: Die Wirkung der langen Vereinsamung bei den Wildlingen äusserte sich nach den Schilderungen der Beobachter in dem Platzgreifen einer völligen Verthierung, indem ihre ganze Thätigkeit im Concreten der Sinnenwelt aufging. Dafür vervollkommneten sich aber auch bedeutend ihre Muskelkräfte und Fertigkeiten und besonders die Sicherheit ihrer Bewegungen, ferner ihr Anpassungsvermögen an alle möglichen äusseren

Lebensbedingungen, und sie zeigten sich selbst in ihrem geistig unentwickelten Zustand den Thieren intellectuell überlegen, Alles Eigenschaften, welche nicht in der Sphäre des Idiotismus angetroffen werden.

Reinhard (Hamburg).

523) **Bechholm** (Christiania): Ueber das Idiotenwesen Norwegens, speciell die Anstalt „Lindern“ in Christiania. (Zeitschr. f. Behandl. Schwach. u. Epil. 1886 Nro. 1.)

Aus dem Aufsatz erfahren wir, dass die Frage des Idiotenwesens in Norwegen zuerst durch den Taubstummenlehrer Hanssen angeregt wurde. Derselbe gründete unter staatlicher Beihülfe im Jahre 1874 zunächst eine Schule für geistig abnorme Kinder, aus der dann die erste Erziehungsanstalt für Idioten in Norwegen hervorging. Im Jahre 1878 wurde noch eine zweite gegründet und die Kinder jetzt getrennt nach Geschlechtern untergebracht. Wir können die Mittheilungen über die innere Einrichtung dieser Anstalten füglich übergehen, da sie nichts neues darbieten. Auch die Art des Unterrichts und der Beschäftigung der schwachsinnigen Kinder unterscheidet sich in beiden Anstalten in Nichts von der in Deutschland gebräuchlichen. In der Anstalt für Mädchen können auch bildungsunfähige Epileptische Aufnahme finden, während bei den Knaben nur bildungsfähige Epileptische aufgenommen werden können. Im Jahre 1882 wurde noch ein drittes Institut dieser Art ins Leben gerufen, welches gegenwärtig schon 56 Zöglinge zählt, während die beiden erstgenannten Anstalten je 120 und 110 schwachsinnige und epileptische Insassen beherbergen. Die letzte Volkszählung wies 1640 idiotische Kinder im 7. bis 21. Lebensjahre nach, so dass nicht ganz der 4. Theil sämmtlicher jugendlichen Idioten Norwegen's in Anstalten untergebracht ist und den Segen eines passenden Unterrichts geniesst. Der jährliche Staatszuschuss für die 3 Institute beläuft sich auf c. 40,000 Kronen.*)

Reinhard (Hamburg).

524) **Kreuser** (Winnenthal): Einige Beobachtungen über Geistesstörungen bei Wahnsinnigen und Epileptischen. (Zeitschrift f. d. Behandlg. Schwachs. und Epil., I Jahrg. Nro. 6.)

Dem Zusammentreffen von Psychosen und Zuständen gehemmter geistiger Entwicklung ist nach Ansicht des Verf. in der Literatur bisher noch wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden, weshalb er sich der Mühe unterzogen hat, 19 einschlägige Fälle, die in der Anstalt Winnenthal zur Beobachtung gekommen sind, mitzutheilen, deren Details man im Original nachlesen möge. Gemeinsam ist den geschilderten Krankheitsfällen ein angeborener resp. in früher Kindheit erworbener psychischer Defect, wenn er auch bei einzelnen nur einen geringen Grad erreicht. Vorzugsweise erstreckt sich derselbe auf die intellektuelle Seite des Seelenlebens, weniger macht er sich im Bereiche der ästhetischen Gefühle und nach der ethischen Seite hin geltend. Was die accidentellen Psychosen betrifft, welche in diesen 19 Beobachtungen vorkamen, so handelte es sich vorzugsweise um mania-

*) 1 Krone = 112,5 Pfennig. Red.

kalische resp. Exaltationszustände, weniger häufig um melancholische Formen und um Verrücktheit. Paralysen, alcoholische und syphilitische Cerebralaffectionen wurden von dem Verf. nicht beobachtet. Characteristisch für die klinische Erscheinungsweise der complicirenden psychischen Erkrankungen ist der Umstand, dass die ursprüngliche psychische Schwäche sich auf Schritt und Tritt bemerklich macht, wodurch das Typische der Krankheitsbilder und die Classifizirung in die Formreihe erschwert wird. Alle diese Kranken verlieren den pathologischen inneren Vorgängen gegenüber sehr rasch die Kritik, unterliegen sehr leicht pathologischen Affecten und verfallen meistens sehr rasch in totale Verwirrtheit. Dies geschieht besonders dann, wenn Sinnestäuschungen auftreten. Die motorische Erregung solcher Kranken äussert sich häufig in der Form eines planlosen Wandertriebs, und die Affekte führen nicht selten zu rücksichtslosen, brutalen motorischen Entäusserungen. Das Benehmen aller dieser Kranken hat etwas Läppisches, ausserdem neigen sie zur Eitelkeit und Selbstüberhebung. Die melancholischen Formen zeichnen sich meist durch grosse Schreckhaftigkeit aus. Zu dem Wahn der Versündigung und Selbstverschuldung kommt es relativ selten, dagegen leicht zu einem allgemeinen Misstrauen gegen die Umgebung. In der Verrücktheit auf imbeciller Grundlage findet sich selten ein systematisirter Wahn. Bei den primären Psychosen dieser Kategorie kann Genesung erfolgen, doch pflegt dieselbe seltener einzutreten und längere Zeit zu erfordern, als bei den entsprechenden Erkrankungen der Vollsinnigen. Hinsichtlich der Prophylaxis ist zu bemerken, dass Schwachsinnige eine geeignete Erziehung erhalten müssen und geistig nie überanstrengt werden dürfen.

Reinhard (Hamburg).

---

525) **A. Verga**: Epidemische Hallucinationen. (Arch. ital. per le mal. nervose. 1886. III. H.)

Während der heissen Sommermonate 1885 war in der Nähe von Corano (wo die ligurischen Appeninen sich gegen die Po-Ebene herabsenken) an einer Strasse die Madonna erschienen, schwarz gekleidet, in Thränen gebadet, mit Blut befleckt, drohende Worte aussprechend; die ganze Bevölkerung war in Schrecken.

Später kamen zu den Hallucinationen noch andere Symptome hinzu. Einige, namentlich Kinder, krochen auf Erdhügel hinauf, riefen dabei die Madonna laut an, hatten Schaum vor dem Mund und fielen schliesslich wie vom Blitze getroffen zurück. Von allen Seiten strömte das Volk Marienlieder singend gegen den Wunderort zusammen, die Epidemie nahm riesige Dimensionen an.

Durch die erdrückende Hitze, sowie das Beten und Fasten wurde die unwissende, abergläubische Menge noch verwirrter.

Da erschien eines Tages auf dem Hügel von Corano eine Compagnie Infanterie; sechs Carabinieris und der Syndacus entfernten von dem Orte, wo die Erscheinung sich zu zeigen pflegte, den Altar, den man dort errichtet hatte, sowie die anderen daselbst vorgefundenen Gegenstände, brachten sie in die Pfarrkirche, und forderten die Anwesenden auf, sich zu zerstreuen.

Die Leute gehorchten zwar, als sie sich aber am nächsten Tag wieder ansammelten, wurden circa 150 Personen verhaftet, und 104 davon zu Arrest- oder Geldstrafen verurtheilt. Die Berufung an die höhere Instanz wurde (April 1886) zurückgewiesen, sodass ihnen nur mehr die Appellation an die Gnade des Königs übrig bleibt; Corano ist aber wieder ruhig und still, wie früher, geworden.

Obersteiner (Wien).

226) **Silvio Venturi:** L'allucinazione a due e la pazzia a due; Saggio di studio fisiologico e clinico. (Simultane Hallucination und simultane Geistesstörung, Versuch einer physiologischen und kritischen Studie. (Novera 1886.)

Verf. berichtet über ein bisher noch nicht beschriebenes Phänomen, eine gleichzeitig bei 2 Personen aufgetretene Hallucination, welche er zum Ausgangspunkte einer eingehenden Erörterung über das Zustandekommen desselben, sowie über das Wesen der zu Grunde liegenden simultanen Geistesstörung macht. Bei der Analyse sucht er möglichst von physiologischen Vorgängen auszugehen, eine Methode, welche nach seiner Meinung noch nicht hinlänglich für das Verständniss der krankhaften Seelenthätigkeiten befolgt worden ist.

Es handelt sich um 2 Schwestern aus hereditär belasteter Familie, welche, stets unzertrennbar bei einander lebend, zu gleicher Zeit in ein Kloster eintraten, als die eine im Alter von 26, die andere von 24 Jahren stand. Von Jugend auf übte die lebhaftere und intellectuell begabtere jüngere Schwester eine Art geistiger Hegemonie über die unbedeutendere aber robuster beanlagte ältere aus, welche in einer steten Harmonie der Meinungen sich äusserte. Nach 17 jährigem Klosterleben kamen bei beiden anscheinend ziemlich gleichzeitig Verfolgungsideen zum Vorschein, welche sich gleichfalls in Bezug auf ihren Inhalt deckten.

Einige Zeit darauf, als sie zusammen auf dem Wege zur Kirche einen spärlich erleuchteten dunkeln Gang passirten, bleiben sie plötzlich wie vom Donner gerührt stehen, indem vor ihnen die Erscheinung des heiligen Benedict, ihres Schutzpatrones steht. Als die jüngere sich soweit erholt hatte um ein Licht herbeiholen zu können, war die Erscheinung verschwunden. Weiterhin folgten noch mehrere gleichzeitige Sinnestäuschungen, namentlich Gehörs- und Geschmacksillusionen, welche jedoch weniger prägnant sind.

Offenbar handelt es sich um einen Fall sogenannter Folie à deux, und zwar ist derselbe in allen Punkten der Aetiologie, und Erscheinungsweise mit dem von Ball beschriebenen Zwillingsirresein identisch, so dass diese Bezeichnung als zu eng gefasst erscheint.

Den Zusammenhang beider Erkrankungen anlangend könnte man eine gleichzeitige, parallele Entstehung derselben durch Einwirkung der gleichen Schädlichkeiten auf ähnlich beanlagte Naturen, also eine wahre simultane Psychose annehmen. Der Unterschied im Temperamente Beider spricht dagegen zu Gunsten der Auffassung als mitgetheilte Psychose, welche übrigens auch bei Zwillingen vorkommt.

Der Mechanismus dieser Entstehungsweise ist aus der tief ein-

gewurzelten und für das Bestehen der socialen und familiären Bande unentbehrlichen Neigung des Menschen zu erklären, sich dem durch körperliche, geistige und materielle Vorzüge Ausgezeichneten unter zu ordenen, bzw. im Denken und Fühlen denselben sich anzupassen.

Wie dieser Trieb den Ursprung und die Macht der Religionen erklärt, den Bestand von Freundschaftsbündnissen sichert und einen wichtigen Factor bei der Erziehung der Kinder bildet, so vermag er unter pathologischen Verhältnissen den Ausbruch einer Geisteskrankhait zu veranlassen und zu unterhalten.

Die auf der Basis der gleichen Geisteskrankheit aufgetretene gleichzeitige Hallucination, vielleicht auch Illusion kann ebenfalls verschieden interpretirt werden.

Entweder war dieselbe eine wirklich simultane, dann als parallel zu bezeichnende, eine Möglichkeit, welche a priori durchaus nicht zu verwerfen ist, zumal wenn man sich einmal an die nicht seltenen Fälle erinnert, wo bei Gesunden unter dem Einwirken analoger Situationen in erstaunlichem Grade ähnliche, scheinbar weit entfernt liegende Gedankencombinationen auftauchten, andererseits an die bei den Zwillingspsychosen beschriebene oft ausserordentliche Uebereinstimmung der Symptome. Leichter ist die Erklärung als „imponirte" Hallucination, welche grosse Aehnlichkeit mit der Suggestion bei Hypnotisirten haben würde und auf den Mechanismus ihrer Entstehung zurückzuführen wäre, mit dem Unterschiede, dass der Vorgang hier etwas mehr in den Bereich der bewussten Seelenthätigkeit gerückt sein würde.

Endlich wird noch eine, im wesentlichen allerdings auf dasselbe hinauslaufende Erklärung beigebracht, welche sich auf den Mechanismus der im physiologischen Leben so häufig vorkommenden sgn. Refleximitation stützt.

Die in der Psyche des Menschen sich abspielenden Vorgänge spiegeln sich durch eine Art von Reflex in Miene und Haltung wieder, wodurch die Möglichkeit gegeben wird, dass sich in einem zweiten, in geeigneter Weise disponirten Individuum genau derselbe Zustand reproduzirt, indem die Reflexwirkung bei jenen zum Reflexerreger bei diesem wird. Das geläufigste Beispiel hierfür bildet die ansteckende Wirkung des Gähnens und des Lachens, beide spontane, aber doch bewusste Vorgänge. Sind nun Bedingungen vorhanden, welche das Wirken automatischer Seelenthätigkeiten möglichst begünstigen, so wird dieser Mechanismus einen sehr weiten Spielraum gewinnen, z. B. zur Nachahmung von Krämpfen, oder im speciellen Falle einer Hallucination führen können. Es ist demnach anzunehmen, dass, vielleicht in Folge eines lebhaften Ausrufes der primär Halluzinirenden, also durch Zuleitung vom Acusticus aus, zunächst der betreffende Begriff in Form einer innern Hallnzination auftauchte, dass diese das entsprechende subcorticale Centrum reizte und so als wahre äussere Halluzination nach aussen projicirt wurde.

Die genaue Wiedergabe der angeblich hierbei benutzten Centren und Bahnen erscheint ohne Belang.

Nach der Ansicht des Verf. möchte das besprochene Phänomen

nicht so isolirt dastehen, wie es nach Durchsicht der Literatur den Anschein hat. Ausser bei simultaner Geistesstörung würde man das Vorkommen desselben namentlich während des Prodromalstadiums einer Psychose inmitten einer hereditär belasteten Familie zu erwarten haben.

Aus der ferneren Krankengeschichte ist nur noch hervorzuheben, dass die ältere Schwester genas, und zwar nachdem sich bei der jüngeren ein Stupor eingestellt hatte, ein weiteres Argument für die Auffassung als mitgetheilter Psychose, indem nach dem Aufhören des die Krankheit bei jener unterhaltenden agens ein selbstständiger Krankheitsverlauf ermöglicht wurde. Nagel (Halle a/S).

---

227) v. **Krafft-Ebing** (Graz): Majestätsbeleidigung, Bewusstlosigkeit durch Volltrunkenheit. Gerichtsärztliches Gutachten. (Friedr. Bl. f. ger. Med. u. s. w. 1886. 2. Heft. März und April.)

Akten. Am 22. 3. 1885, Abends 5 Uhr, stösst Sebastian M., 37 jähriger Webergeselle aus V., ledig, im Gasthause des S. in L., vor 4 Zeugen wiederholentlich grobe Majestätsbeleidigungen aus. Von den Zeugen hielten ihn die einen für völlig berauscht, die anderen für blos angetrunken. Am 23. 3. verhört, weiss er den Grund seiner Verhaftung nicht anzugeben. Er sei Schnapstrinker, habe aber am Tage vorher sich durch 3 Ltr. Most berauscht. Vater und Bruder seien Schnapstrinker und wahnsinnig gewesen. Im bosnischen Feldzuge, 75, habe er einen Hieb auf den Kopf bekommen; M. ist mittelgross, blass, zittert mit den Händen, hat eine Hautnarbe am Hinterkopf. Er habe oft schreckhafte Träume. Die Zeugenaussagen ergeben sowohl sein Berauschtssein am 22., wie regelmässigen Schnapsrausch am Sonn- und Feiertag, Exploration am 7. und 8. 4. Seit einigen Jahren bemerkt er Gedächtnissschwäche, Gemüthsreizbarkeit, auch vertrage er nicht mehr soviel Schnaps, wie früher. Sein Schlaf sei unruhig, von schreckhaften Träumen gestört, der Kopf oft schwer und eingenommen. Er sei meist still und in sich gekehrt, seine einzige Freude der Rausch. Schon am 20. und 21. habe er sich unwohl gefühlt. Die Amnesie für die Zeit der Strafthat wird durch Kreuzfragen sicher gestellt. Seit seiner Jugend leidet M. zwei bis dreimal jährlich an epileptischen Anfällen. Gesichtsmuskeln, Zunge und Hände zittern leicht; Muskeln am rechten Mundwinkel paralytisch, Schädel normal, Magen erweitert.

Gutachten. 1. Sebastian M. stammt aus Säuferfamilie und ist vom Vater her krankhaft veranlagt.

2. In Folge chronischen Alkoholismus ist seine Reaktion auf Alkohol in der letzten Zeit pathologisch geworden.

3. Explorat war am Nachmittag des 22. März stark betrunken.

4. Der Zustand des Rausches war der der Volltrunkenheit im Sinne des § 2, lit. c. östr. St. G. B. Dies wird durch die Amnesie, sowie durch den Contrast der Strafthat zu seiner sonstigen Denkweise bewiesen. Landsberg (Ostrowo).

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

9. Jahrg. 15. September 1886. Nro. 18.

Inhalt.

I. Originalien.

Ueber Beziehungen zwischen Tabes und Diabetes mellitus.

Von Dr. GEORG FISCHER,

Direktor der Heilanstalt für Nervenkranke zu Cannstatt.

Die Innervationsstörungen, welche sich im Gefolge des *Diabetes mellitus* entwickeln, sind in den letzten Jahren öfters Gegenstand der Untersuchung geworden. Man hat gefunden, dass diese Störungen

häufiger sind, als man dachte, dass sie bald cerebrale, bald spinale Functionen betreffen, dass sie nach Intensität und Localisation mannigfaches Verhalten zeigen.

Althaus[1]) war meines Wissens der Erste, welcher darauf hinwies, dass diabetische Kranke einen Symptomencomplex zeigen können, welcher die Verwechslung mit beginnender *Tabes dorsalis* möglich macht, bis die Harnuntersuchung entscheidet. Rosenstein[2]) schloss sich ihm an.

In der That muss man schon bei flüchtiger Durchsicht der Literatur staunen, welche grosse Anzahl von Einzelsymptomen beiden Krankheiten gemeinsam sein können. Eine kurze Aufzählung sei gestattet: Sie wird die Angaben von Althaus nur bestätigen:

Bei Diabetes mellitus findet man ausser ausgesprochen cerebralen Erscheinungen, welche hier unbesprochen bleiben sollen:

Augenmuskellähmungen (Kiwatkowsky, bei Althaus citirt. Samuel[3]) s. u. Fall 5.)

Amblyopieen mit und ohne ophthalmoskopisch nachweisbare Veränderungen des Augenhintergrundes.

Neuralgieen mancherlei Art, namentlich lancinirende Schmerzen, in Anfällen auftretend, hauptsächlich symmetrisch im Ischiadicusgebiet localisirt. Worms[4]), Raymond und Oulmont[5]), Bonieux[6]), Buzzard[7]), Dreyfous[8]), Cornillon[9]), v. Ziemssen[10]).

Anaesthesieen (Bouchardat[11]), Dreyfous).

Analgesie, *Hyperaesthesie*, *Paraesthesieen* aller Art, namentlich *Pruritus* (von Voigt[12]) auch bei Tabes beobachtet).

Vagusneurosen (zum Theil an *Larynxkrisen* erinnernd, Althaus, Eloy[13]).

Angina pectoris.

Gastrische Krisen (diese, isolirt auftretend wurden bei Lasègue[14]) einmal Veranlassung zur Untersuchung des Urines und zur Diagnose der Melliturie).

---

1) Althaus: Ueber Sklerose des R.-M. 1884. p. 169 u. 159.

2) Rosenstein: Berl. klin. Wochenschrift 1885. Nro. 8.

3) Samuel: Berl. Dissertat. 1882. Jahresber. von Virchow & Hirsch 1882. II. p. 222.

4) Worms: Gaz. hébd. de méd. et de Chirurg. 1880. Nro. 51.

5) Raymond u. Oulmont: Gaz. méd. de Paris 1881. Nro. 45.

6) Bonieux: De la chûte des dents etc. These de Paris 1883.

7) Buzzard: Lancet 1882, Febr. p. 86.

8) Dreyfous: Union médicale 1883. Nro. 112.

9) Cornillon: Révue de médécine 1884, Mars. p. 213.

10) v. Ziemssen: München. med. Wochschr. 1885. Nro. 44.

11) Bouchardat: Bullét. génér. de Thérap. 15. et 30. Oct. 1882.

12) Voigt: Dieses Centralblatt 1885. Nro. 8.

13) Eloy: Union medicale 1883. Nro. 2.

14) Lasègue: Gaz. des hôp. 1882. Nro. 35.

Aufhören localer Schweisse Abfallen von Nägeln (von Bonieux, Margirandière[1]) und Voigt bei Tabes beobachtet.

Ausfallen von Zähnen.

Mal perforant (Althaus).

Trophische Störungen der Haut (*Neuritis* — v. Ziemssen).

Furunculose und *Decubitus.* (Bei Diabetes bekannte Erscheinung. Ich selbst verlor einen Tabeskranken an Furunculose.)

Leicht eintretende Ermüdbarkeit, unsicheren Gang, mangelhaftes Bodengefühl, sexuelle Schwäche und Impotenz.

Bei so reichlich fliessenden Fehlerquellen beruht die Differentialdiagnose in manchem Initialfalle nur auf einer genauen Harn-Untersuchung, aber auch diese entscheidet nicht immer: Einestheils kann die Melliturie Symptom einer wirklichen Tabes sein, wie das unten besprochen werden soll, anderentheils kann der Zuckergehalt des Urins zur Zeit der Untersuchung fehlen — etwa in Folge therapeutischer Eingriffe —, oder es kann noch gar keine Zuckerausscheidung stattfinden und die nervösen Symptome können der Melliturie vorausgehen (Pavy[2]). Nach Althaus entscheidet in solchen zweifelhaften Fällen das Verhalten der *Pupillen* und des *Patellar-Reflexes.*

Aber auch diese Kriterien erscheinen heute nicht mehr stichhaltig: das Verhalten der Pupillen war in den von mir zu beschreibenden eigenen Fällen ein mindestens zweifelhaftes, und was die Sehnenreflexe anbelangt, so hat, seit Althaus seine Veröffentlichung machte, Bouchard nachgewiesen, dass auch dieses Symptom in differentialdiagnostischer Beziehung im hohen Grade täuschend sei. Er fand nämlich unter 66 Zuckerkranken 19 mal kein Kniephänomen. Dabei zeigte das Verhalten des Reflexes bei einzelnen Kranken deutliche Beziehung zu dem Grade der Melliturie. Er trat wieder auf, wenn der Zuckergehalt abnahm und verschwand in der Regel bei rascher Verschlimmerung des Leidens. Einigemale war das Fehlen des Reflexes sogar von grosser diagnostischer Bedeutung, da dieses Symptom bei sonst fehlenden Anhaltspunkten und Angaben (schwere Allgemeinerscheinungen) Veranlassung zur Untersuchung des Urins wurde.

Um einer nahe liegenden Vermuthung zuvorzukommen muss noch erwähnt werden, dass nach Bouchard das Kniephänomen sowohl bei *nervös* begründetem, als bei nicht „*nervösem*" Diabetes fehlte, dass das Symptom also mit einer etwaigen *primären* Läsion des Nervensystems Nichts zu thun hat.

Die Angaben Bouchard's wurden in neuester Zeit von Rosenstein bestätigt: dieser vermisste den Patellarreflex bei der Untersuchung von 8 Zuckerkranken 6 mal.

So kann die Entscheidung manchmal recht schwierig werden, ob wir es mit beginnender Tabes oder mit Diabetes mellitus zu thun haben. Die Angaben von Althaus, Pavy und Bouchard trösten

---

[1]) Margirandière: Thèse de Paris 1883.

[2]) Pavy: bei Althaus citirt.

mich nun über einen Fall, welcher mir vor einigen Jahren viel Kopfzerbrechen gemacht und mir das unangenehme Bewusstsein einer falschen Diagnose hinterlassen hatte.

Fall I. 53jähriger Mann. Früher gesund. Erblich nicht belastet. Angestrengtes Leben. Viel gereist. Aufenthalt in den Tropen. Arbeiten in Kälte und Nässe. Vor langer Zeit eine leichte Infection ohne Secundärerscheinungen. Seit Jahren in fester Stellung. Gute Verhältnisse.

1871 erste Muskelschmerzen, auftretend bei wissenschaftlichen Arbeiten, welche Patient in kalten feuchten Localen vornehmen musste.

1879/80 tägliche Fahrten auf dem Aussensitz der Pferdebahn. Dabei starkes Frieren der Beine, welches nach den Fahrten länger anhält um dann einem intensiven Hitzegefühl ohne objektiv messbare Temperatursteigerung Platz zu machen. Es stellt sich allmählich auch leichte Ermüdbarkeit ein. Hydrotherapie und Elektricität erfolglos. Man spricht von einer Nervendehnung. Verschlimmerung durch Chapmann'sche Schläuche. Allmählich Uebergreifen der thermischen Parästhesieen auch auf die Hände. Das Schreiben wird schwierig, weil die Feder nicht deutlich gefühlt wird. In der Nacht wird das Hitzegefühl an den Beinen so unangenehm, dass Patient nur schlafen kann, wenn die Unterschenkel feucht eingewickelt werden. Hyperästhesie gegen leichte Berührungen.

Seit einiger Zeit auch deutliche lancinirende Schmerzen mit momentanem blitzartigem Charakter. Die Patellarreflexe sollen fehlen, seit man bei der Untersuchung auf sie geachtet hat.

Kein Gürtelgefühl, keine Unsicherheit im Dunkeln. Augen. Psyche, Sprache, Gehirnnerven, vegetative Functionen und namentlich Sphinkteren in Ordnung.

Die Aerzte sollen von einem R.-M.-Leiden und von „ataktischer Ischias" gesprochen haben.

1881. Meine Untersuchung constatirt einen gutgenährten kräftigen Körper. Keine Unsicherheit beim Stehen und Gehen bei offenen oder geschlossenen Augen, normale etwas enge Pupillen. Fehlen der Patellarreflexe. Erhaltene mechanische E. der Muskeln. Normale Tastleitung, regionäre Anästhesie an einzelnen Stellen der Füsse und Hände, namentlich an den kleinen Fingern und den grossen Zehen. Analgesie am l. innern Fussrand. Gesteigertes Kitzelgefühl. Mangel des Schweisses an Händen und Füssen. Braune Pigmentflecken an den Sohlen. Epidermisabschuppung zwischen den Zehen, fast psoriasisartig. Die Fingerkuppen zeigen sehr glatte glänzende Haut und feine Längsfalten.

Der Urin, welcher damals bestimmt untersucht wurde, ist frei von Zucker und Eiweiss.

Keine Angaben über Polyurie. Kein vermehrter Durst. Appetit normal.

Psychische Depression wegen der höchst lästigen sensiblen Erscheinungen.

Nach zwei Jahren stellte sich, wie ich von einem der Familie verwandten Collegen erfuhr, *Gangrän der Zehen ein.* Der Urin zeigt jetzt einen *Zuckergehalt von* 7% und der Patient erlag bald einem intensiv auftretenden *Diabetes mellitus.*

Eine sichere Diagnose konnte hier nicht gestellt werden. Die nächstliegende war immerhin Tabes dorsalis. Andere und darunter zahlreiche Koryphäen einer grossen Universität waren offenbar auch dieser Ansicht. Die Pupillen — deutlich verengt aber mobil — hatten vielleicht Beziehung zu der Gewohnheit des Rauchens, welchem Patient in hohem Grade huldigte. Von Vermehrung des Durstes, der Urinabsonderung, des Hungers war mir nie etwas bekannt geworden. Was wieder gegen Tabes sprach, war die eigenthümliche Form der Parästhesien. Vielleicht hätte eine häufigere Untersuchung des Urins einen diagnostischen Anhaltspunkt gegeben, aber zu einer solchen lag nach damaligen Anschauungen bei dem ersten negativen Resultat keine Veranlassung vor. Hatten aber die damals doch schon recht deutlich ausgesprochenen nervösen Erscheinungen Beziehungen zu dem späteren Diabetes im Sinne Pavy's so war das Fehlen des Zuckers im Harn doppelt räthselhaft.

Seit der Zeit sind mir noch zwei einschlägige Fälle zur Beobachtung gekommen, bei welchen ebenfalls eine präcise Diagnose kaum möglich ist.

Fall II. 58jähriger Kaufmann. Keine Heredität. 1864 gelbes Fieber, einmal Gonorrhoe. Angeblich bestimmt keine weitere Infection. 11 Jahre verheirathet, 4 Kinder, kein Abortus. Ein Kind leidet an Poliomyel. infantil. Patient hat immer und namentlich während eines längeren Aufenthaltes unter den Tropen stark geraucht, auch stärkere Spirituosen getrunken.

1880 beim Zusehen auf der Eisbahn zum ersten Mal Parästhesieen in den Beinen.

1882 nach einer Hühneraugenoperation schlief das betr. l. Bein ein und blieb länger taub. Der Patient lag längere Zeit zu Bette, bekam dann auch noch Formicationen im rechten Bein und im linken Arm, namentlich Taubheit in den grossen Zehen beider Füsse.

Kein apoplektischer Insult. Die Parästhesieen vergehen allmählich, namentlich in der Seitenlage. In der Rückenlage sind sie nicht stärker als im Stehen. Keine Strapazen, bequemes Leben, wenig Bewegung.

Seit einigen Monaten (1884) Nachlass der Potenz. Blase und Mastdarm normal. Der Gang wird beschwerlicher. Leicht eintretende Ermüdung.

Der Urin wurde früher mehrmals vom Hausarzt untersucht und normal befunden. Keine Polyurie, kein gesteigerter Durst.

Fussschweisse bestanden früher, haben aber seit einiger Zeit aufgehört.

Abnahme des Sehvermögens seit 1883. Herr College Crails-

heimer in Stuttgart berichtet, dass er früher nur geringe Anisometropie und Presbyopie bei normaler Sehschärfe gefunden habe. Der Befund zur Zeit meiner Behandlung (1884) lautet aber: R. S = $^{6}/_{9}$ L. S = $^{6}/_{24}$. Keine Veränderung am Augenhintergrund. Keine Störung des Farbensinnes. Enge aber prompt reagirende Pupillen.

Stat. praes. 4. X. 84. Fetter Mann mit schlaffen Hautdecken. Unbeholfener Gang, im Dunkeln noch schlimmer. Eigentliche Ataxie, Schwanken mit geschlossenen Augen ist jedoch nicht vorhanden. Enge, wenig mobile Pupillen. Zunge gerade ohne Tremor. Verbreiterte Herzdämpfung, Choc nicht fühlbar. Töne rauh und namentlich an der Spitze nicht deutlich. Puls 120—140.

Sehr rasch und leicht auftretende Aufregung. Aengstlich, furchtsam, hypochondrisch. Kein Symptom von bestehender Lues.

Patellarreflexe scheinen anfangs zu fehlen, nach längeren Versuchen sind sie hervorzurufen. Sie sind aber ganz schwach L > R. (Jendrassik's Verfahren war noch nicht bekannt.)

Mechanische Muskelerregbarkeit erhalten. Cremaster- und Bauchdeckenreflex normal. Glatte glänzende Haut an den Füssen, psoriasisähnliche leichte Epidermisabschuppungen in den Rinnen der Haut.

Anästhesie. Ganz schlechte Localisation, Tastkreise nirgends bestimmbar. Leitungsgeschwindigkeit annähernd normal. Analgesie an allen untersuchten Stellen der Unterschenkel und Füsse, höchstens bei ganz tiefen Stichen leichte Schmerzempfindung.

Starke Difformitäten an den Zehen, Fehlen des Nagels an der 2. Zehe (hierüber kein Aufschluss).

Urin hellgelb, spec. Gew. 1032. Tagesmenge nicht erhöht. *Enthält viel Zucker*, an den einzelnen Tagen 2,1—4,0%.

Unter entsprechender Diät geht der Diabetes zurück. Am 30. November spez. Gewicht 1015 0,3% Zucker.

An den spinalen Symptomen verändert sich Nichts.

Später litt der Patient längere Zeit an Zehenbrand. Im Mai 1886 verbrannte er sich den Fuss, ohne es zu merken, an der Wärmflasche und starb in Folge einer zu der Brandwunde hinzugetretenen Phlegmone. Section nicht gestattet. Ueber das Verhalten des Zuckergehaltes wie der spinalen Erscheinungen im letzten Lebensjahre stehen mir keine Angaben zur Verfügung.

Auch hier lag vor der Untersuchung des Urins die Diagnose *Tabes* nahe, besonders da der Gang unsicher geworden war. Das Verhalten der Pupillen war während der Krankheitsdauer verschieden, ihre Reaktion bald besser bald geringer. Auch hier bestand Nicotin-Einfluss.

Fall III. 70 jähriger Privatier, früher gesund, angeblich nie inficirt bis auf eine Gonorrhoe mit restirender Striktur, welche übrigens seit Jahren keine Erscheinungen mehr machte. Aetiologisch Nichts nachweisbar. Junggeselle. Gut conservirt.

Seit einigen Jahren Schwäche im r. Bein. Unfähigkeit, weitere Wege zu machen. Treppensteigen wird schwierig. Seit 3 Jahren wird im Urin *Zucker* nachgewiesen wechselnd in der Quantität: 5—1%. Niemals Polyurie. Kein gesteigerter Durst.

Seit längeren Jahren gichtische Ablagerungen, namentlich an den Fingergelenken.

Keine eigentlichen lancinirenden Schmerzen, aber doch mannigfache schmerzhafte Empfindungen in den Beinen, Parästhesien in Zehen und Fingern namentlich am Daumen. Unsicherheit im Dunkeln. Tappender Gang. Gürtelförmiger Druck in der Unterbauchgegend, jedoch kein ausgeprägtes Gürtelgefühl. Hie und da Rückenschmerzen auch manchmal Schwindel, kein apoplektischer Insult. Urin und Stuhlentleerung oft sehr plötzlich, besonders letztere, so dass der Patient sich kaum ausser Hause traut. Kein Doppelsehen. Abnahme der Sehkraft durch beginnenden Katarakt. Im Juni 1885 stürzt Patient auf der Treppe, fällt auf die rechte Seite und von dieser Zeit an soll der Zustand sich verschlimmert haben. Karlsbad gut vertragen. In Wiesbaden Furunculosis. Seit langer Zeit starker Raucher.

Stat. praes. 13. I. 86. Kleiner hagerer Mann, magere Muskulatur. Beginnender Staar. Enge kleine auf Beschattung reagirende Pupillen. Defekt fast aller Zähne. Zunge gerade. Stark geschlängelte Temporal-Arterien. Puls gross voll und weich. Stehen bei geschlossenen Augen deutlich unsicher. Schwankender taumelnder Gang. Nirgend eine Lähmung. Statische und motorische leichte aber deutliche Ataxie der Beine. Arthritisch contracturirte Hände. Keine Sehnenreflexe an den Armen. Anästhesie an den Fusssohlen. Erweiterung der Tastkreise. Keine Verlangsamung der sensiblen Leitung. Keine sichtbaren Patellarreflexe. Vom linken lig. pat. aus ist mit Hülfe des Jendrassik'schen Verfahrens noch eine ganz schwache Reflexcontraktion im M. rect. femoris hervorzurufen. Eingezogene Ligamente, geschwollene aufgetriebene Kniegelenke. Die Muskulatur am r. Oberschenkel abgemagert, elektrische Erregbarkeit derselben etwas herabgesetzt. Keine qualitative Veränderung der Reaktion. KSz $>$ ASz beide präcis erfolgend. Mech. E. erhalten. Schwacher Bauchdecken- und Cremaster-Reflex. W S. nicht druckschmerzhaft.

An den Unterschenkeln dunkel pigmentirte kreisrunde scharf begrenzte etwas eingesunkene Narben welche von der angeblichen Furunculose herkommen sollen. Infection wird wie schon erwähnt, bestimmt geläugnet. Etwas geschwollene Inguinaldrüsen. Leichte Psoriasis plantaris.

Der Urin, zur Zeit meines ersten Besuches hatte ein spec. Gewicht von 1028 und einen Zuckergehalt von 1,25%.

Ich sah seither den Patienten noch öfters im Concil und constatirte im Wesentlichen Gleichbleiben der spinalen Beschwerden. Die Zuckerausscheidung schwankt, überschreitet aber niemals 1—1,5%.

In Rücksicht auf Alter, Gicht, Nicotin muss auch dieser Fall als recht unklar bezeichnet werden. Die Vermuthung früherer Syphilis

liegt nahe, die Ataxie war deutlich und zweifellos vorhanden. Die Symptome von Seite der Blase und des Mastdarms waren ausgeprägt. Etwas wie Gürtelgefühl wurde angegeben.

Bei allen meinen Fällen fehlt der Beweis, dass es sich *lediglich* um diabetische Neurosen gehandelt habe. Leider konnte ich den Krankheitsverlauf nicht verfolgen und Sectionen standen mir nicht zu Gebote. Gerade weil die Fälle diagnostisch nicht entschieden sind, halte ich sie für mittheilenswerth. Sicher ausgeschlossen erscheint mir die Diagnose einer beginnenden Tabes bei keinem.

Im Allgemeinen nimmt man an, und Bouchard's Erhebungen über den Parallelismus der Erscheinungen sprechen dafür, dass die nervösen Begleiterscheinungen des Diabetes Produkte einer Intoxication durch das in den Geweben kreisende zuckerhaltige Blut sind.

Nur Rosenstein kam in Betreff des Patellarreflexes zu anderer Ansicht. Nach ihm steht der Defekt des Kniephänomens weder in Beziehung zur Höhe des Zuckergehaltes noch zu dem der Eisenchloridreaktion gebenden Körper des Harns, noch zum Aceton und kann deshalb nicht als toxische Erscheinung aufgefasst werden. Das R.-M. eines secirten Diabetikers, welcher keinen Patellarreflex gehabt hatte, wurde normal befunden. Die Untersuchung wurde indessen nur an gefrorenen Schnitten des nicht gehärteten Markes gemacht. Wegen des mangelnden Nachweises einer materiellen Erkrankung nimmt Rosenstein nun an, dass eine *„functionelle“* Störung des Reflexvorganges bestehe. Auch wenn die in Aussicht gestellte Untersuchung des gehärteten Organes den gleichen negativen Befund lieferte, so wäre damit nach meiner Ansicht weder gegen die toxische noch für die „functionelle“ Genese in Rosenstein's Sinn ein Beweis geliefert.

Nach meinen Anschauungen ist unter Berücksichtigung der Untersuchungen Bouchard's nicht zu läugnen, dass bei *den einzelnen Patienten* die nervösen Erscheinungen in Proportion stehen zum jeweiligen Zuckergehalt des Blutes. Sie stehen aber nicht absolut im Verhältniss zu ihm in der Weise, dass etwa *jeder* Patient, welcher einen bestimmten Zuckergehalt des Urins erreicht, nervöse Störungen bekommen, oder dass ein bei hohem Zuckergehalt fehlender Patellarreflex nach Abnahme des Zuckers sich wieder einstellen müsste. Manche Fälle von hochgradigem Diabetes verlaufen ja ohne Folgen für das Nervensystem und mit intaktem Patellarreflex. — Durch den Diabetes kann das Nervensystem in zweierlei Weise geschädigt werden, entweder direkt durch toxische Wirkung des Zuckers oder seiner Abkömmlinge oder durch die allgemeine Wasserentziehung. Letztere kann eine functionelle Störung zweifellos hervorrufen. Doch fehlen noch Beobachtungen über etwaige Beziehungen zwischen den ausgeschiedenen Urinmengen und den nervösen Erscheinungen. Der Umstand dass letztere auch bei einfacher Mellitnrie ohne Polyurie auftreten können, macht mir aber eine direkt toxische Einwirkung wahrscheinlicher. Es liegt nahe, hier wie bei anderen Giften (Nicotin, Ergotin,

Alcohol, Morphium) eine verschiedene Empfindlichkeit *der einzelnen Individuen* gegen die Gift-Wirkung anzunehmen, so dass die nervöse Immunität eines einzelnen Zuckerkranken nicht mehr als Argument gegen die Intoxicationstheorie aufgeführt werden könnte.

Ich suche vergebens nach einem präcisen differentialdiagnostischen Symptom zwischen Diabetes und Tabes incipiens. Bei ausgebildeten Fällen wird man sich leicht orientiren. Aber selbst leichte Ataxie, Sphinkterenlähmung und Gürtelgefühl beobachtete ich in einem unklaren Fall (3). *Verlangsamung der sensiblen Leitung* wurde noch niemals bei Diabetes gefunden. Bei Tabes ist sie häufig. Da aber Neuritis auf diabetischem Boden (v. Ziemssen) entstehen, und da auch durch diese eine Verlangsamung der Leitung bedingt werden kann (vide die Alcoholparalysen und die bekannten Mittheilungen von Erb und Westphal) so ist theoretisch nicht auszuschliessen, dass man auch einmal bei einem Diabetiker Verlangsamung der sensiblen Leitung finden wird.

Auf die Pupillenreaktion meiner Patienten kann ich kein Gewicht legen. Sie stand in den beiden Fällen, wo sie abnorm war, unter dem Einfluss von Nicotin.

Dass auch bei *wirklicher* Tabes dorsalis als Complication Melliturie und Polyurie auftreten kann ist von Althaus erwähnt. Es existiren bis jetzt nur zwei genau beschriebene hier einschlägige Fälle, beide in jüngster Zeit veröffentlicht:

Oppenheim[1]) beobachtete bei einer tabischen Frau, deren R.-M.-Leiden weit vorgeschritten war, Polyurie und einen Zuckergehalt des Urins von 0,7—1,3%. Neben den gewöhnlichen tabischen Symptomen bestanden als ungewöhnliche: *Anästhesie des N. quintus, gastrische und laryngeale Krisen, Ataxie der Stimmbänder, gesteigerte Pulsfrequenz.*

Reumont[2]) fand bei einem früher syphilitischen Tabiker 0,6—0,8% Zucker, *Parästhesieen* und *Anästhesieen im Trigeminusgebiet* und *Beschleunigung* der *Herzthätigkeit.*

Ich kann einen Fall eigener Beobachtung anreihen:

Fall IV. 40 jähriger unverheiratheter Mann.

1872 Ulc. dur. secundäre Symptome. Sonstige aetiologische Angaben fehlen.

1874 Rheumatismus acutus. Herzaffection, allgemeine Anämie.

1885 im Januar plötzliche Augenmuskellähmung (Oculomotorius) mit Ptosis paralytica nach einer starken Anstrengung auftretend. Dann *Parästhesien im linken Trigeminusgebiet.* Der Patellarreflex war schon damals nicht mehr vorhanden. Myosis. Träge Pupillen, allgemeine Schwäche. Später Hyperästhesie der Beine, normales Tastgefühl, ther-

---

[1]) Oppenheim: Gesellsch. der Charité-Aerzte. Berl. klin. Wochenschr. 1885. Nro. 49.

[2]) Reumont: Berl. klin. Wochenschr. 1886. Nro. 13.

mische Anaesthesie sehr ausgeprägt an der grossen Zehe. Sonst nichts nachweisbar.

Starke Hg.-Cur; dann Jodkalium.

Im Mai Besserung der Ptosis und des M. rectus intern. Nun Parästhesien an den Ulnarfingern der rechten Hand und in beiden Brustwarzen. Leichte Unsicherheit bei raschen Bewegungen. Im Herbste beginnende Unsicherheit der Hände bei feinen Arbeiten. Rasch eintretende Ermüdung beim Gehen. Sehr intensives panzerähnliches Gürtelgefühl. Im Winter 1885/86 ist der Gang; namentlich wenn Patient sich unbeobachtet glaubt, und im Dunkeln deutlich ataktisch und stampfend. Keine Polyurie. Kein vermehrter Durst; aber der Urin enthält 0,9% *Zucker*. Am Herzen nichts abnormes. Der *Puls constant beschleunigt.*

Smith[3]) findet es auffallend, dass bei einer an Complicationen reichen Nervenkrankheit, wie sie die Tabes ist, die Melliturie so selten vorkömmt. Er erklärt das mit der Neigung des tabischen Processes, mit Verschonung der grauen Substanz die weisse zu befallen. Bulbäre Symptome sind ja bei Tabes überhaupt selten. Erstreckt sich aber der Process auf den Boden der Rautengrube, so erklärt sich der Diabetes. Interessant ist es, dass bei den Fällen von Oppenheim, Reumont und mir eine deutliche Betheiligung einiger Gehirnnerven vorhanden war. Sensible Störungen am Quintus und Beschleunigung der Pulsfrequenz bestanden in allen drei Fällen. Ausserdem sah Oppenheim Betheiligung des Vagus und Laryng. superior. Oppenheim hat diese Beziehungen ausführlicher besprochen. Ich brauche sie desshalb nicht zu erörtern, ebensowenig auch die Frage der syphilitischen Aetiologie bei Diabetes, welche Reumont l. c. behandelt.

Ich möchte diesen Aufsatz nicht schliessen, ohne noch ganz kurz einen Fall mitzutheilen, der allerdings strenge genommen nicht hierher gehört, da er auch cerebrale Symptome aufweist. Er ist aber von Interesse für die Vielgestaltigkeit der diabetischen Neurosen, für ihre Abhängigkeit vom Zuckergehalt des Urins sowie für dss Verhalten der Augenmuskeln und Sehnenreflexe.

Fall V. 41 jähriger Kfm. Keine gravirenden hereditären Momente. Keine Syphilis. 15 Jahre verheiratet. 4 gesunde Kinder. Anstrengende Berufsthätigkeit, Gemüthsbewegungen und Sorgen.

1878 im Frühling Neuralgia N. Trigeminus sinistr. Allgemeine Nervosität. Schlaflosigkeit, rasch auftretend. Nach wenigen Wochen Amblyopie und Scotome. Rasche Gewichtsabnahme. Der zu Rath gezogene Augenarzt constatirt Diabetes mellitus mit einem Zuckergehalt des Urins von 6,5% Tagesmenge 4000—5000.

Carlsbad: Rasche Besserung der Augen und des Diabetes. Neue Ueberarbeitung im Herbst und Winter. Neuralgie hat sich völlig verloren.

1884 Februar linksseitige Facialislähmung, acut auftretender linksseitiger Exophthalmus, Hemiataxie und Hemiplegie der linken Körperhälfte.

Zweite Carlsbader Cur, mehrere Monate dauernd. Zuckergehalt geht auf 2% zurück. Die Symptome schwinden bis auf die Facialislähmung.

1885 folgt ein eigenthümlicher Anfall. Da der damals behandelnde Hausarzt gestorben ist, referire ich nur die Angaben des Kranken: es scheint sich um eine Paraplegie mit heftigen vom Kreuz zur Blase ausstrahlende Schmerzen, mit aussetzendem Puls, „Absterben" der Beine und nachfolgender Hämaturie gehandelt zu haben. Als Reconvalescent geht Patient zum dritten Mal nach Carlsbad und erholt sich dort. Nun folgt eine in acuter Weise nach Ermüdung auftretende Diplopie durch Lähmung des linken N. abducens. Später constanter Kopfschmerz links am Scheitel; Gedächtnissschwäche und verminderte Willenskraft will der Kranke an sich bemerken. Anhaltend Schlaflosigkeit, welche regelmässig vergeht, wenn unter körperlicher Ruhe und bei entsprechender Diät der Zuckergehalt sinkt, Schwindel bei geschlossenen Augen, häufiges Herzklopfen, leichte Ermüdbarkeit, herabgesetzte Potenz, keine Parästhesien Zuckergehalt und Polyurie wechselnd. Dabei arbeitet der Mann unermüdlich in einer verantwortungsreichen kaufmännischen Stellung.

Der im Spätherbst 1885 aufgenommene Stat. praes. ergab: Linksseitige Abducensparese. Schwache Reaction der Pupillen, leichter Defect im l. N. facialis. Sehnenreflexe kaum vorhanden werden etwas deutlicher bei Anwendung des Kunstgriffes von Jendrassik. Keine Ataxie, kein Schwanken bei geschlossenen Augen. Unbedeutende Anästhesien. Im Allgemeinen gute Ernährung. Ausser einer geringen Verbreiterung der Herzdämpfung keine Abnormität der inneren Organe. Mässige Polyurie. Zuckergehalt schwankend. Nicht über 2%. —

Cannstatt, August 1886.

II. Referate und Kritiken.

528) **Leop. Löwenfeld** (München): Studien über Aetiologie und Pathogenese der spontanen Hirnblutungen. (Wiesbaden J. F. Bergmann 1886. VIII. 166 S. 4 Tafeln.)

Die vorliegenden Untersuchungen verfolgen einen doppelten Zweck: zunächst sollen jene Gefässveränderungen in den Gehirnen Apoplektischer herausgehoben werden, welche als *nächste Ursachen* der spontanen Hirnblutung angesehen werden dürfen, weiterhin aber handelt es sich um die Eruirung der Momente, welche die betreffenden Gefässveränderungen herbeiführen und dadurch als *entferntere Ursachen* der Hirnblutung zu bezeichnen sind.

Der Verfasser bedient sich dabei einerseits der kritischen Methode, indem er die vorhandene reiche Literatur in ihrer vollen Ausdehnung würdigt, andrerseits verfügt er über sehr sorgfältige und eingehende eigene anatomische Untersuchungen, welche in der Hauptsache im Münchener pathologischen Institute durchgeführt wurden.

[8]) Smith: British medic. Journ. 7. April 1883.

Bezüglich der nächsten Ursache der Hirnblutung, die dieselbe bedingenden Veränderungen der Hirngefässe stehen sich gegenwärtig wesentlich zwei Anschauungen gegenüber: Nach den Einen kommt die Blutung nur durch Berstung von miliaren Aneurysmen zu Stande. während nach den Anderen die Hämorrhagie auch aus nicht aneurysmatisch erweiterten, aber sonstwie erkrankten Gefässen erfolgen kann.

Zur Entscheidung dieser Frage — wir wollen gleich vorweg sagen. dass sie in dem zweiten Sinne beantwortet wird — hat der Verfasser die intracerebralen Gefässe von 17 Apoplectikern und ausserdem zur Controlle von mindestens 90 nicht apoplektischen Hirnen, und auch von zahlreichen Thierhirnen eingehendst geprüft und verglichen. Für die Färbung der meist frisch in Wasser untersuchten Gefässe wird namentlich Bismarkbraun (1 : 300) empfohlen.

Es kann in einem Referate unmöglich auf die vielen Details eingegangen werden, welche diese Untersuchungen zu Tage gefördert haben, namentlich auch bezüglich der Genese der Miliaraneurysmen. Eine besondere Erwähnung mögen nur wenige Punkte erfahren. An der Intima der Arterien findet sich häufig ein Prozess, welcher an den grossen Körperaterien nahezu sein Analogon in der *Endarteritis deformans* findet; es handelt sich dabei um Verdickungen der Intima, die nur durch Wucherung resp. Massenzunahme von Elementen die der Intimaschichte selbst angehören, ohne Betheiligung fremder anderartiger Elemente (Rundzellen u. dgl.) zu Stande kommen.

Als *granulöse Degeneration der Muskularis* bezeichnet L. einen Prozess, dessen frühere Stadien Referent als Pseudohypertrophie beschrieben hatte. Die Muskelfaser quillt auf, verbreitert sich, eine feine Körnung tritt auf und der Kern verschwindet; später wandelt sich die Muskelfaser in eine grobkörnige Masse um, wobei häufig durch Verschmelzung mehrerer Fasern grössere Herde entstehen. Schliesslich kömmt es zum gänzlichen Zerfall der erkrankten Muskelfasern resp. streckenweise der ganzen Muskularis. — Das Senium scheint eine Prädisposition für diese Degenerationsform zu schaffen.

Eine specielle Berücksichtigung verdienen auch die von den Miliaraneurysmen verschiedenen *diffusen Ektasien*. Es werden darunter Erweiterungen verstanden, welche sich über grössere Gefässstrecken mitunter über 1 cm Länge ausdehnen und sämmtliche drei Häute betreffen. Die Erweiterung des Lumens kann hierbei so beträchtlich sein, dass dasselbe das Mehrfache des ursprünglichen beträgt. Diese Gefässalteration, welche ohne bestimmte Grenze in die als spindelförmige Miliaraneurysmen beschriebenen Gebilde übergeht, findet sich namentlich in apoplektischen Gehirnen.

Auch die *Venen* und *Capillaren* nehmen neben den Arterien in bemerkenswerther Weise an den Gefässerkrankungen in apoplektischen Gehirnen Theil. Für die Venen ist namentlich die fettige Degeneration der inneren Häute von Bedeutung, für die Capillaren die fettige und hyaline Degeneration. Jedenfalls steht fest, dass die Gefässveränderungen in den einzelnen apoplektischen Gehirnen sowohl hinsichtlich ihrer Art als auch ihrer Ausdehnung sehr bedeutenden Schwankungen unterliegen.

In dem zweiten Theile der Arbeit, welcher die Abschnitte 5 — 11 umfasst, werden jene Momente bezüglich ihrer Tragweite und Wirkungsweise besprochen, von denen angenommen werden könnte, dass sie die Veranlassung zu solchen Gefässveränderungen geben, die zu Hämorrhagien im Gehirne führen, — entferntere Ursachen der spontanen Hirnblutung.

Eine ätiologische Beziehung der *Atheromatose der Basalgefässe* (u. wohl auch der grossen Körperarterien) zu den Gehirnblutungen besteht nur in einem Theile der Fälle. Wie es scheint entwickeln sich die Veränderungen an den Basalgefässen und an den intracerebralen Arterien zumeist, vielleicht sogar immer, unabhängig von einander.

Herzhypertrophie findet sich bei Apoplektikern aller Altersklassen vom 40. Lebensjahre an zweifellos häufiger als bei den Nichtapoplektikern; beispielsweise findet sich in dem Alter von 50—60 Jahren Herzhypertrophie in 75% der Apoplektiker und in nur 28% der Nichtapoplektiker.

Häufig combinirt sich *Schrumpfniere* (Granularatrophie der Niere) mit Hirnblutungen, die aber unter zwei Formen auftreten können. Die eine entspricht den gewöhnlichen massigen Hämorrhagien und kommt lediglich durch Ruptur von Gefässen zu Stande, bei der anderen finden sich multiple kleinere Extravasate, die als Theilerscheinung einer ausgebreiteten hämorrhagischen Diathese in der Hauptsache jedenfalls per diapedesin entstehen.

Der *chronische Alkoholismus* scheint in verschiedener Weise Erkrankungen der Gehirngefässe herbeiführen zu können, namentlich scheint er bei den in verhältnissmässig frühen Lebensjahren eintretenden Gehirnblutungen betheiligt (unter 50 Jahren). Auch die *Bleiintoxication* dürfte unter Umständen einen ähnlichen Einfluss besitzen.

Der *Gicht* scheint eine causale Beziehung zur spontanen Hirnblutung fast gar nicht, in höherem Maasse aber dem *Rheumatismus* zuzukommen; noch problematischer ist die Rolle der *Syphilis* in der Aetiologie der Hirnblutungen.

Der *Habitus apoplecticus* findet sich keineswegs so häufig bei Apoplektikern, als man gerne anzunehmen geneigt ist; er zeugt vorerst mehr von einer Disposition zu Gehirnhyperämie.

Allgemeine Abmagerung kann ebensogut die *Fettsucht* durch Störung der Allgemeinernährung und weiterhin dadurch bedingte Veränderungen an den Gehirngefässen eine indirecte Ursache für Hirnblutungen abgeben. Auch im Gefolge von *Plethora* (namentlich gefährlich erscheint die Alcoholplethora) treten Hirnblutungen nicht selten auf.

Nervösen Einflüssen scheint unter den Ursachen der zur Hirnblutung führenden Gefässveränderungen keine sehr bedeutende Rolle zuzukommen, wenn auch nicht geläugnet werden kann, dass bei einzelnen Apoplektikern geistige Ueberanstrengung oder anhaltende gemüthliche Affecte (Sorgen, Aerger) der Blutung vorangingen und dass diese Umstände an der Entwickelung der Gefässerkrankung nicht ganz unschuldig sein mögen. Der Ansicht des Ref. dass die von ihm beschrie-

bene rosenkranzartige partielle Erweiterung der Arterien (aus der sich wie L. nachweist Miliaraneurysmen entwickeln können) nervösen Ursprunges sei, tritt der Autor nicht entgegen.

Aus dem bisher Mitgetheilten geht hervor — wenn man die Wirkungsweise der besprochenen Einflüsse bedenkt — dass die Alterationen an den Gehirngefässen der Apoplektiker jedenfalls weit überwiegend durch Einwirkungen zu Stande kommen, welche von der Blutmasse ausgehen; diese Einwirkungen sind wahrscheinlich zum grösseren Theile rein mechanischer Natur und vollziehen sich in Form stärkerer Belastung, Dehnung oder Zerrung der Gefässwand durch die Blutsäule, zum Theile sind sie in Veränderungen des Blutes begründet.

Im letzten Abschnitt: *Ueber den Einfluss der Erblichkeit für die Genese der spontanen Hirnblutungen* wird eine Anzahl höchst wichtiger neuer Thatsachen mitgetheilt, deren Interesse die durch den Titel des Capitels gezogenen Grenzen jedenfalls überschreitet.

Löwenfeld geht nämlich, nachdem die Thatsache einer vererbten Disposition zu Schlagflüssen nicht zurückgewiesen werden kann, von der Anschauung aus, dass auch unabhängig von dem Verhalten des übrigen arteriellen Systems Zuständlichkeiten der Gehirngefässe auf die Descendenz übertragen werden können, welche eine Disposition zu Hirnblutungen begründen, und dass es sich dabei um eine mangelhafte Entwickelung der Gefässe, ein Zurückbleiben derselben unter dem Durchschnittsverhältnisse handelt. Es wurde daher die relative Entwickelung der Gehirngefässe bestimmt, und zwar in der Weise, dass Untersuchungen angestellt wurden über die Beziehungen der Weite der Gehirngefässe einerseits zum Gehirngewicht, andrerseits zur Entwickelung des gesammten übrigen arteriellen Apparates, als deren Ausdruck man wohl den Umfang der Aorta ansehen kann. Es wurden im Ganzen über 200 Fälle zu diesen Untersuchungen herangezogen, von denen 122 in einer sehr interessanten Tabelle zusammengestellt sind. Als wichtigste Thatsache wäre zu erwähnen, dass das Verhältniss der Arterienweite zum Hirngewichte unter normalen Bedingungen sehr erheblichen Schwankungen unterliegt.

Nimmt man die zu einander addirten Maasse der beiden Carotiden und Vertebrales (innere Lichte) als Gesammtwerth der Gefässversorgung des Gehirnes an, so ergibt sich, dass die auf 100 Gramm Gehirngewicht entfallende Gefässquote (relative Gefässweite) zwischen 0·175 cm. und 0·315 cm. variirt. Weiterhin zeigt sich, dass mangelhafte Entwicklung der Gehirnarterien zwar zusammenfallen kann mit einem entsprechenden Verhalten des gesammten arteriellen Apparates, dass dies jedoch keineswegs immer der Fall ist

Schliesslich sei noch bemerkt, dass die Ausstattung wie bei allen Werken aus dem bekannten Verlage, eine vortreffliche ist; die beigegebenen Tafeln sind sorgfältigst ausgeführt, und geben die Bilder in characteristischer, naturgetreuer Weise wieder.

Obersteiner (Wien).

529) **Hale White:** A case of multiple simultaneous cerebral haemorrhages, causing hemiplegia and oculo-pupillary symptoms. (Fall von multiplen gleichzeitigen Hirnhämorrhagien mit Hemiplegie und Symptomen der Augen und Pupillen.) (Brain Jan. 1886.)

Es fanden sich drei Blutungen, eine ausgedehnte, die Seitenventrikel und den dritten ausfüllende, in der linken Hemisphäre und zwei kleinere im Pons und unter dem Becken des Aquäd. Sylv. durch die W. die Erscheinungen im Leben allzu schematisch erklärt.

Matusch (Sachsenberg).

---

530) **Geo. S. Norton** (New-York): Fin Fall von Gehirnabscess mit doppelseitiger Neuritis optica, Caries der rechten Orbita und Entzündung des Orbitalgewebes; mit Autopsie. (Arch. f. Augenheilkunde von Knapp und Schweigger XVI, 3 und 4.)

Bei einem 22 jährigen Manne waren ein Jahr nach einem Schlage auf den Kopf unter Fiebererscheinungen *cerebrale Symptome* (Kopfschmerzen, Krämpfe, Aphasie und schliesslich Paraplegie), etwas später eine *rechtsseitige Orbitalzellgewebsphlegmone* und *doppelseitige Amaurosis* aufgetreten, welche sich als der functionelle Ausdruck einer ophthalmoskopisch diagnosticirten *Stauungspapille* dokumentirten. Circa 2 Jahre nach dem Trauma Tod. Die Section ergab einen nierengrossen *Abscess* des *rechten mittleren Hirnlappens*, der wie eine Cyste durch eine feste Membran abgekapselt war, und ohne Communication damit eine *Caries* des *rechten Orbitaldaches*, an die sich direkt eine *Vereiterung* des *rechten Orbitalinhaltes* angeschlossen hatte. Es ist die Frage, welche von beiden Affektionen, der Gehirnabscess oder die Caries die *primäre* gewesen ist.

Hirschmann (Breslau).

---

531) **L. Grossmann** (Budapest): Klinische Miscellen: 3. Sechsfache linksseitige Gehirnnervenlähmung. (Arch. f. Augenheilk. v. Knapp und Schweigger. XVI, 3 und 4.)

Es handelt sich um eine linksseitige Lähmung folgender Hirnnerven:

1) *trigeminus* (sowohl die sensible als die motorische Wurzel)

2) *abducens*

3) *facialis* (in allen seinen Zweigen mit späterer Entartungsreaktion)

4) *acusticus* (hochgradige Schwerhörigkeit mit verloren gegangener Empfindung für hohe Töne und Sausen, welche durch Katheterisation der Paukenhöhle nicht beeinflusst wurde),

5) *glossopharyngeus* (der Pharynxtheil: bedeutende Behinderung des Schlingaktes)

6) *hypoglossus* (Anarthrie) bei einer 44 jährigen Patientin. Gestützt auf das nicht ganz vorwurfsfreie Vorleben der Patientin und auf allnächtlich eintretende dolores osteocopi des Schädels diagnosticirte G. trotz Fehlens von objectiven luetischen Zeichen eine *luetische (gummöse)* Affection der *Schädelbasis* mit *secundärem Druck* auf die untere (ventrale) Fläche des *pons Varoli*. Diese Annahme erklärt,

warum es nur zu einer Lähmung der aus dem pons und seiner Umgebung entspringenden Hirnnerven und nicht auch gleichzeitig zu einer Störung der im oberen (dorsalen) Theile des pons verlaufenden *Pyramidenbahnen* gekommen war, so dass das Bild der für *Ponsaffection pathognomonischen alternirenden Extremitäten- und Gehirnnervenlähmung* fehlte.

Diese Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde bestätigt erstens durch den Erfolg der sofort eingeleiteten Therapie, indem nach mehreren Wochen fortgesetzter Darreichnng von steigenden Dosen *Jodnatrium* die Hirnnervenlähmung zum grössten Theile zurückging, und zweitens durch den interessanten Umstand, dass im Verlaufe der Behandlung ein 23 mm. langes *necrotisches* Knochenstück beim Schnäuzen zum Vorschein kam, welches sich bei genauer Untersuchung durch einen Anatomen als der Wurzeltheil des linken proc. pterygoideus erwies.

Die ausgedehnte Knochenzerstörung hat sicher auch den Grund für die später profuse *Epistaxis* abgegeben, deren unmittelbare Folge der exitus letalis war. Leider durfte die Section nicht vorgenommen werden. Hirschmann (Breslau).

---

532) **Noël-Paton** (Edinburg): On a case illustrating the cortical nature of epilepsy and its relationship to Jacksonian convulsions. (Fall, der die corticale Natur der Epilepsie und ihre Verwandtschaft mit der Jackson'schen Epilepsie illustrirt.) (Brain Januar 1886.)

W. Heslop hatte durch einen Fall eine schwere Fractur des Stirnbeins im 7. Jahre erlitten, die Trepanation erforderte. Die Wunde heilte gut und er blieb anscheinend gesund. Der Vater war Trinker und starb an Dem. par. Vor 5 Jahren fiel dem Pat. ein schwerer Eimer auf den Kopf und verursachte eine complicirte Fractur des rechten Seitenwandbeins. Nach kurzer Bewusstlosigkeit kam er zu sich, wurde aber noch vor dem Transport in das Krankenhaus wieder besinnungslos. Dort blieb er $1^1/_2$ Jahre, ohne dass die Wunde heilte. Drei Wochen nach seiner Entlassung wurde er auf der Strasse bewusstlos und litt seitdem an heftigen Kopfschmerzen, sowie an Anfällen, die in zwei Formen auftreten. Die eine war nicht von classischen Anfällen unterschieden, vor ihnen fühlte er Wärme in der linken Wange und sah fast zugleich hiermit eine feurige Kugel vor dem linken Auge, wozu sich Ohrenklingen (ob rechts oder links konnte er nicht angeben) gesellte. Die zweite Form begann mit Zucken der ganzen Oberlippe oder einer besonders der linken Seite derselben, das sich auf die linke Gesichtshälfte erstreckte, dann auf den linken Arm vom Oberarm abwärts, die linke Schulter und die linke Rumpfmuskulatur und schliesslich auf den rechten Arm überging. Hier schwand in der Regel das bis dahin erhaltene Bewusstsein. Nach dem Erwachen bemerkte er noch einige Zeit lang Zucken des linken Armes. Die Anfälle blieben zuweilen auf den linken Arm beschränkt und das Bewusstsein blieb dann erhalten. Die Section ergab ausser der Trepanationsnarbe im Stirnbein und einer Depression hinter dem rechten Ohre, in der ein Fistelgang zur Dura ging, an der *Gehirnoberfläche* nichts Abnormes, dagegen fand sich die Spitze

des linken Stirnlappens durch eine wallnussgrosse Cyste zerstört. — Gestützt auf die Untersuchungen Ferrier's, Rosenbach's, Hughlings-Jackson's u. A. erklärt Verf. diesen Fall als beweisend für die Theorie des corticalen Ursprungs der Epilepsie ausserdem aber für die naheliegende Hypothese, dass die Reizung *sensorischer* Cervicalfelder in gleicher Weise partielle oder allgemeine Krämpfe auslösen könne wie bei der sog. Jackson'schen Epilepsie die Reizung *motorischer* Centren. Matusch (Sachsenberg).

---

553) **M. Bernhardt** (Berlin): Ueber die multiple Neuritis der Alkoholisten: Beiträge zur differentiellen Diagnostik dieses Leidens von der Tabes, der Poliomyelitis subacuta und der sog. Landry'schen Paralyse. (Zeitschrift f. klin. Medicin. Bd. XI. Heft 4. 1886.)

An der Hand einer eigenen Beobachtung über Neuritis alcoholica versucht Verf, einige Controversen auf diesem Gebiete näher zu beleuchten. Die betr. Beobachtung ist kurz folgende:

Eine 40jährige Frau hatte seit Anfang 1885 Symptome einer abnormen Gemüthsstimmung, später Hallucinationen des Gesichts und Gehörs, Augenmuskellähmung, Doppeltsehen, Schwäche der Beine. Verf. fand Pat. im Bett liegend, die unteren Extremitäten in den Hüft- und Kniegelenken gebeugt, die Füsse plantar- und medianwärts gerichtet. Laute Schmerzäusserung bei Berührung der Beine. Muskeln an Ober- und Unterschenkeln hochgradig abgemagert. Dorsalflexion der Hand oder der Finger links kommt schlecht zu Stande. Die Sensibilität ist für einfache Berührungen und Lageveränderungen deutlich abgestumpft. Die Streckmuskeln an den Vorderarmen reagiren sehr schwach auf den farad. Strom und antworten bei directer galvanischer Reizung mit trägen Zuckungen. Die Quadricepsmuskulatur reagirt auf die stärksten faradischen Ströme nicht, ebensowenig die vom N. peroneus innervirte Muskulatur; deutlich dagegen treten bei directer galvanischer Reizung träge, langsame Zuckungen auf, wobei die ASZ = KSZ. Kniephänomene fehlen beiderseits, ebenso die Fussphänomene. Patientin war Potatrix. Entziehungskur und tägliche Galvanisation und Faradisation, Bromkali, Bäder waren von gutem Erfolg, wie die 6 Wochen später vom Verf. vorgenommene Untersuchung zeigt. Zieht man die Erfahrungen derjenigen Autoren zu Rathe, welche bei an Alkohollähmungen Leidenden Obductionen ausführen konnten, so kommt man zu dem Schlusse, dass die atrophischen Zustände der Muskeln und die subjectiv und objectiv nachweisbaren Sensibilitätsstörungen auf degenerativ-neuritische Veränderungen der *peripherischen* Nerven in erster Linie hinweisen. In der Mehrzahl der Fälle alkoholischer Lähmungen sind Hirnrinde und vor allem das Rückenmark intakt gefunden. Es scheint desshalb dem Verf. der Ausspruch zum mindesten gerechtfertigt, dass die Rückenmarksveränderungen nicht zu den primären, zu den nothwendigen Befunden der Alkohollähmung gehören. —

Auch bei der sog. Pseudo-tabes alcoholica sind in den bis jetzt vorliegenden Obductionsbefunden das Rückenmark normal, die peripherischen Nerven aber verändert gefundet worden. Von den Autoren

wird differentiell diagnostisch ein grosses Gewicht darauf gelegt, dass die in den ersten Jahren des Bestehens einer *wahren* Tabes zu beobachtenden Lähmungen im Gegensatze zu den bei den Alkoholneuritikern gefundenen Erscheinungen *nicht* zu Atrophien, nicht zu bemerkenswerthen Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit führen. Dass aber auch bei Tabeskranken im Verlaufe des Leidens ohne nachweisbare äussere Veranlassung Lähmungszustände in einzelnen Nervengebieten vorkommen, eine Zeit lang andauern und trotz fortbestehender Rückenmarkserkrankung zur Heilung gelangen können, Zustände, welche den Charakter schwerer Lähmungsformen mit partieller Entartungsreaction darbieten — das beweisen zwei interessante Beobachtungen des Verf.'s. Bei beiden bestanden Lähmungen im Gebiete des N. Peroneus mit deutlicher Entartungsreaction. Beim zweiten, vor Jahren syphilitisch inficirten Manne, trat im Laufe von 6—7 Wochen volle Heilung ein. (Der erste Fall konnte nicht weiter verfolgt werden).

Die Lehre vom Fehlen oder Vorhandensein der Kniephänomene ist als differenziell diagnostisches Merkmal in neuerer Zeit in ein neues Stadium getreten, seitdem Westphal selbst zwei durch Autopsien erläuterte Fälle von Tabes dorsalis mit erhaltenem Kniephänomen mittheilt. Auch an den 5 hier vom Verf. mitgetheilten Fällen (ohne Section) konnten doppelseitig oder einseitig die Kniephänomene deutlich nachgewiesen werden und doch muss man die betr. Beobachtungen als „graue Degeneration der Hinterstränge" auffassen: und endlich fand auch bei einem Alkoholneuritiker Verf. die betr. Phänomene beiderseits erhalten.

Sehr selten, vielleicht gar nicht kommt bei der allgemeinen Neuritis der Säufer Myose und reflectorische Lichtstarre vor, während es durch die Beobachtung Löwenfeld's und Remak's sicher gestellt ist, dass bei Neuritis alcoholica eine Neuritis optica vorkommen kann, eine Erscheinung, die bei grauer Degeneration der Hinterstränge bislang noch nicht gesehen worden ist.

Es ist Remak's Verdienst verschiedentlich mit Nachdruck hervorgehoben zu haben, dass man durch genauere Berücksichtigung der Localisation der afficirten Muskeln dahin gelangen werde, bessere differential-diagnostische Momente für die Unterscheidung der multiplen Neuritis und der Poliomyelitis aufzustellen. Remak kam schon 1879 zu dem Resultat, dass man atrophischen Lähmungen aus der Verbreitung ihrer degenerativen Atrophie ihren spinalen Ursprung ansehen kann, allerdings mit dem Vorbehalt, dass auch Läsionen der motor. Wurzeln und der naheliegenden Plexusabschnitte ähnliche spinale Localisationstypen zur Folge haben. Eisenlohr erweiterte diese Ansicht und sah sich schliesslich zu dem Schlusse gedrängt, dass auch im Verlaufe *peripherischer* Nervenstämme functionell zusammengehörige wenn auch nicht direkt benachbarte Nervenfasern gemeinschaftlich erkranken können. Obwohl Remak's so charakteristische Localisationen zu Recht bestehen bleiben, so muss man doch mit Rücksicht auf die Publikationen von Vierordt, Oppenheim, Moeli, Löwenfeld und 2 eigenen des Verf., welche letztere darthun, dass bei rein peri-

pherischen, isolirt in Folge von Neuritis im Ischiadicusgebiet vorkommenden Lähmungen einzelne Muskelgruppen in eigenthümlicherweise von der Lähmung und Atrophie verschont bleiben, so muss man, auch in Hinsicht auf die Selbsteinwände von Remak (Plexuserkrankungen etc.) zugeben, dass die Beachtung der Localisation der atrophischen Lähmung allein nicht immer ausreicht, derartige Läsionen als centrale und speciell (polio) myelitische zu diagnosticiren.

Schliesslich sei noch bemerkt, dass es auch Formen acuter multipler Neuritis gibt, die unter dem Bilde einer sog. Landry'schen acuten Paralyse verlaufen und zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung geben können. Verf. führt Fälle aus der Literatur an, beweisend dafür, dass auch bei Alkoholisten eine relativ schnelle zu tödtlichem Ende führende Lähmung auftreten kann, welche den Eindruck der sog. Landry'schen Paralyse hervorzurufen vermag.

Goldstein (Aachen).

---

534) Ottomar Rosenbach (Breslau): Ueber die auf myopathischer Basis beruhende Form der Migräne und über myopathische Cardialgie.

(Deutsch. med. Wochenschrift Nro. 12 u. 13 1886.)

Verf. versucht es, als Grundlage einer Anzahl von Erkrankungen an Hemicranie, die im Grossen und Ganzen unter dem allgemein bekannten Bilde verlaufen, eine Myalgie hinzustellen. Die objective Untersuchung des betr. Patienten gibt nach dem Verf. Aufschlüsse über das aetiologische Moment und Handhaben für die Therapie. Beim Betasten der schmerzhaften Kopfhälfte und bei mässigem Drucke auf die Weichtheile findet man eine Reihe von schmerzhaften Stellen und Bezirken, die mit den bekannten Nervenschmerzpunkten nichts gemein haben. Die Erscheinungen dieser Form von Migräne hängen soweit wesentlich von der Affection bestimmter Muskelgebiete des Kopfes und des Halses ab, die Symptome von Seiten des Auges treten in den Hintergrund, dagegen steht im Vordergrund das eigenthümliche schmerzhafte rythmische Klopfen und Pulsiren. Die mit der myopathischen Migräne gewöhnlich verbundene Hauthyperästhesie unterscheidet sich von der die anderen Formen begleitenden meist dadurch, dass sie nicht auf bestimmte Nervenäste localisirt ist, dass die Schmerzen dauernd sind und ihre Intensität hinter den Schmerzen der Muskelsubstanz weit zurückbleibt. Die Hauptrolle beim Zustandekommen der myopathischen Hemicranie spielt nach Verf. die directe *mechanische* Schädigung des Muskels, hervorgerufen durch widernatürliche Körperhaltung während des Schlafes. Die vom Verf. vorgeschlagene Therapie, deren zufriedenstellende Resultate eine wesentliche Stütze für die Annahme einer Myalgie als Basis der Hemicranie liefert, besteht in Anwendung der Massage und des Inductionsstromes. Die erstere wird vornehmlich da angewandt, wo es gilt, die sehnigen Ausbreitungen an den Insertionspunkten der Muskeln zu treffen, während der Inductionsstrom sich dort erfolgreich erweist, wo die Muskelbäuche selbst schmerzhaft sind. —

Ferner beschreibt Verf. Myopathien, die unter dem Bilde eines

Magenleidens verlaufen, und welche den oberen Theil der Bauchmuskeln und die unteren Rückenmuskeln betreffen. Die Myalgien dieser Muskeln treten namentlich bei Frauen und Mädchen nach grösseren Körperanstrengungen auf. Anderen Formen von Cardialgie gegenüber kommt differentiell-diagnostisch in Betracht 1) Das vorausgegangene ätiologische Moment stärkerer körperlicher Anstrengung 2) Hereditäre oder individuelle myopathische Disposition 3) Nachweis ähnlicher Myalgien an anderen Stellen des Körpers 4) Druckschmerz an den Rippenbögen oder den seitlichen Partien des Epigastriums, 5) Steigerung der Schmerzen bei Körperbewegungen. 6) Aufhören der Schmerzen bei erhöhter Rückenlage. Die Behandlung besteht in Massage und Inductionsstrom. Eingreifende Aenderung der Diät darf nicht vorgenommen werden, da Patient dadurch nur geschwächt und empfindlicher gemacht wird. Goldstein (Aachen).

---

535) **Ziem** (Danzig): Ueber die Abhängigkeit der Migräne von Krankheiten der Nasenhöhle und der Kieferhöhle. (Allg. med. Central-Zeitg. Nro. 35. und 36 1886.)

Verf. spricht in dem Aufsatze die Vermuthung aus, dass ein Theil der Migränefälle von Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase, vorwiegend der Kieferhöhlen abzuleiten sei. In den von ihm herangezogenen Fällen bestand höchstwahrscheinlich (wenigstens bei der Mehrzahl) eine Eiterung in der Kieferhöhle. Bei vermehrter Eiterproduction an dieser Stelle können neuralgische Begleiterscheinungen auftreten, während der Eiter das Ostium dieser Höhle passirt, wenn es eng ist. Ob die vom Verf. betonte Theorie richtig ist, wird sich dann herausstellen, wenn in einer Anzahl von Fällen die der Vermuthung nach erkrankte Kieferhöhle einer unmittelbaren Behandlung zugängig gemacht wird. Goldstein (Aachen).

---

536) **Hilbert** (Sensburg): Beitrag zur Kenntniss der transitorischen Farbenblindheit. (Arch. f. Augenheilkunde v. Knapp und Schweigger XVI, 3 und 4.)

In einer früheren Schrift („zur Kenntniss der pathologischen Farbenempfindungen. Ein Versuch einer Pathologie der Farbenempfindungen." Memorabilien Bd. XXIX, 1884) hat Verf. folgendes Schema für die Eintheilung der Störurgen des *Farbensinns* unter Annahme eines besonderen *Farbensinncentrums* vorgeschlagen:

1) Reizung des Farbensinncentrums = pathologische Farbenempfindung
2) Lähmung des Farbensinncentrums = Farbenblindheit
   a) angeborener Defect = congenitale Farbenblindheit
   b) vorübergehender Defect = transitorische Farbenblindheit
   c) Destruction des Farbensinncentrums = pathologische Farbenblindheit.

In die Kategorie 2 b gehört folgender von H. beobachteter Fall: Ein 56jähriges Fräulein leidet schon seit Jahrzehnten an *hysterischen* Symptomen (Globus, clavus, singultus, Paresthesien etc.) und an wie-

derkehrenden Anfällen, welche mit Pulsbeschleunigung Cyanose des Gesichts, Zittern des ganzen Körpers und mit ausgesprochener *Rothgrünblindheit* einhergehen, wie Verf. während eines Anfalls festgestellt hat. Diese Anfälle dauern etwa ½ Stunde und gehen allmählich zur Norm über. *Transitorische Farbenblindheit* ist ausserdem noch beobachtet worden:

1) bei *Schädelverletzungen* (comotio cerebri)
2) bei *Intoxicationen* (Tabak, Alkohol)
3) bei *Intermittens*
4) in der *Hypnose* und während der *Aura epileptika.*

Diese Beobachtungen scheinen dem Verfasser mit Nothwendigkeit auf ein vom *Lichtsinncentrum* getrenntes *Farbensinncentrum* hinzuweisen.

Hirschmann (Breslau).

---

537) **Philip** (Edinburg): Primary spastic paralysis and pseudohypertrophic paralysis in different members of the same family, with probable heredity in both. (Prim. spast. Paralyse und Pseudoparalyse bei verschiedenen Gliedern einer Familie mit wahrscheinlicher Heredität.

(Brain Jan. 1886.)

Der Vater des S. P. starb an Apoplexie, in der Familie der Frau sind zwei Fälle von „completer Lähmung" vorgekommen. S. P. litt an primärer Lateralsclerose; von seinen 9 Kindern starben zwei jung (an Scharlach, resp. durch Ertrinken), eines an Wassersucht, ein Mädchen 28 J. und ein Knabe von 18 J. sind gesund, ein Knabe starb 15 jährig anscheinend an Pseudohypertrophie der Muskeln, desgleichen das siebente Kind, ein 15 j. Knabe, dessen Fall bereits anderseitig veröffentlicht ist. Von den beiden jüngsten Knaben (11 und 13 J.) leidet der älteste an Pseudohypertrophie d. M. und der jüngste an spast. Paralyse. Als Ursachen der Erkrankung des Vaters müssen Durchnässungen, Arbeiten in anstrengender Stellung (Pat. Bergmann in einer Kohlengrube) und Verletzung angesehen werden, bei den Kindern war sie offenbar Heredität, denn sämmtliche nach Entstehen der Krankheit beim Vater erzeugten Kinder erkrankten. Das älteste der beiden letzten hatte Kropf und eine auffallend pigmentirte Haut, eine Erscheinung, die auch Gowers und Jenner bei Pseudohypertrophie der Muskeln beobachtet haben.

Matusch (Sachsenberg).

---

538) **S. Laache** (Christiania): Hyperaesthesia plantae bilateralis.

(Norsk. Mag. f. Laegevidenshaben 1886 Nro. 1.)

539) **A. L. Faye**: Endnu et Tilfaelde af Hyperaesthesia plantae bilateralis. (Ibidem 1886 Nro. 4.)

I. Ein 25 j. Tischler, übrigens im Wesentlichen gesund, leidet seit ca. 8 Mon. bei gleichzeitigem Auftreten von Fussschweiss an so heftigem schmerzhaften Brennen unter den Fusssohlen, dass er schliesslich arbeitsunfähig ins Hospital aufgenommen werden musste. Die Schmerzen entstehen beim Auftreten und bei Druck auf die Sohlen.

Kein Plattfuss. Nachdem der faradische Pinsel, Pinseln mit T. Jodi Galvanisation, subcutane Einspritzungen mit 5% Carbolsäure, der innere Gebrauch von salicyls. Natron erfolglos versucht worden, brachten subcutane Morphiuminjectionen in loco dolenti und später längs des Verlaufes des N. ischiadicus zeitweise Besserung. Erst nach unblutiger Dehnung des N. ischiadicus entstand Besserung, die von Bestand war, so dass Pat. nach halbjährigem Hospitalaufenthalte entlassen werden konnte. Es erfolgte dann allmählich vollständige Heilung; auch das Schwitzen der Füsse verschwand gleichzeitig. L. gibt die Möglichkeit zu, dass die endliche Heilung Folge der langen Bettruhe gewesen sein könne.

L. citirt ähnliche Beobachtungen von Barbillion (Progrès médical v. 9. Mai 1885), der in einem seiner vier Fälle das Leiden während eines längeren Krankenlagers entstehen sah. B. beobachtete rasche Heilung nach Application äusserer Mittel auf die Planta, und zwar in einem Falle nach Vesicatorien, in den übrigen nach Einstäubungen von Methylchlorür, also nach einer intensiven Kälteeinwirkung.

II. Angeregt durch L.'s Arbeit theilt F. einen weiteren derartigen Fall mit, der eine 60jähr. Frau betraf. Hier war kein Fussschweiss vorhanden. Tägliche Fussbäder in einer warmen, starken Salzlösung brachten schnelle Linderung und allmählich Heilung.

Dehn (Hamburg).

---

540) **Stein:** Lehrbuch der allgemeinen Electrisation des menschlichen Körpers. (3. Auflage. S. 256. Halle a./S. Verlag von Wilhelm Knapp.)

Das im J. 1882 unter dem Titel: die allgemeine Electrisation erschienene Werk liegt nun in 3. vielfach vermehrter und wesentlich verbesserter Auflage vor uns. Wenn ein Buch in weniger als einem Lustrum 3 grosse Auflagen erlebt, dann spricht das deutlich genug für den gediegenen Gehalt und hohen Werth desselben und der Ref. hat nicht nöthig das Buch den Lesern noch besonders zu empfehlen. Es ist ja ein Gemeingut aller Aerzte geworden, die sich mit der electrischen Behandlung Nervenkranker befassen. Und warum? Weil der Verf. es verstanden, stets auf dem sicheren Boden streng physiologischer Anschauungen fussend an der Hand eigener sehr zahlreicher und vielseitiger Erfahrungen und Beobachtungen sowie durch gewissenhafte, kritische Benutzung der neuesten Errungenschaften auf dem Gebiete der med. Electrotechnik und Electrotherapie eine überaus klare, anziehende, nüchterne und nirgends überschwenglich werdende Darstellung zu geben von der allgemeinen Electrisation sowohl hinsichtlich der speciellen Applicationsmethoden als auch deren therapeutischen Wirkungen.

Mit Recht weicht der Verf. allen Theoremen vorsichtig aus — überall nur aus der gesunden, nicht kritiklosen Empirie schöpfend. Und so ist das Buch aus rein praktischen Bedürfnissen heraus, aus der Praxis für die Praxis erstanden. Anerkennend muss hervorgehoben werden, dass man durchgehends streng physicalischen, mit Schärfe formulirten Ansichten begegnet, so dass die Lectüre auch dem Spe-

cialisten zum Genusse wird. Wir wollen nur hinweisen auf die Bekämpfung der auf Seite 105 angeführten vielfach verbreiteten Irrlehre über die Polarisationserscheinungen und deren Wirkungen auf den Hauptstrom im dipolaren Bade. Das Grundprincip des dipolaren Bades (also positiver wie negativer Pol befinden sich im Badewasser) ist, für beide Pole grossplattige Electroden wählen um die bei *kleinen* Electroden *maximalen* Polarisationserscheinungen zu eliminiren resp. auf ein nicht mehr ins Gewicht fallendes Minimum herabzudrücken. Verf. erbringt den stricten Nachweis, dass beim dipolaren galvanischen Bade ganz bedeutende galvanometrisch und telephonisch messbare Stromschleifen den menschlichen Körper ohne nennenswerthe Polarisationsstörung durchsetzen, was beim monopolaren Bade nicht der Fall ist, wo bekanntlich an den den Strom ausserhalb des Badewassers schliessenden Handflächen, welche die mit dem negativen Pole verbundene Metallstange umfassen, in Folge des kleinen Querschnittes intensive Polarisation und dadurch ein höchst unangenehmes lästiges Brennen auftritt. Aus diesem Grunde sowie auch aus dem, dass die Stromdichte an den verschiedenen Körpertheilen nicht wesentlich schwankt, dass also der Körper des Badenden überall von möglichst gleicher Stromdichte getroffen wird, zeigt sich das dipolare electrische Bad — sowohl galvanische wie faradische — für therapeutische Zwecke als am meisten geeignet.

Die annähernd gleiche Stromdichte wird durch gabelige Theilung des (gewöhnlich negativen) Fusspoles in der Weise erreicht, dass eine breite Electrodenplatte zwischen die Kniee des Badenden gestellt wird, wobei letzterer seine Hände auf den Oberschenkel ober den Knieen hält, während der zweite Gabelast zur eigentlichen breiten in die Wannenwand eingesenkten Plattenelectrode führt. Durch diese Anordnung ist die bisherige allgemeine Klage, dass im dipolaren Bade die electrische Empfindung in den Beinen, im monopolaren hingegen in den Händen und Armen am stärksten sei — der Ausdruck höchst ungleicher Stromdichten — vollständig aus der Welt geschafft.

Auch im dipolaren Bade ist der Körper des Badenden in den Hauptkreis eingeschaltet — und zwar bildet er einen Theil eines aus 2 heterogenen nicht getrennten Substanzen zusammengesetzten Leiters und ist nicht wie häufig fälschlich angenommen wird auf Nebenschluss gebracht.

Einen Fortschritt in der momentanen Herstellung von electrischen Badewannen bilden die in Holz und Kautschukfassung eingelassenen Metallplatten, da sie gestatten, jede beliebige Wanne sofort electrisch zu montiren. Selbstredend sind auch hier 3 Electrodenplatten für eine Wanne nöthig.

Aus physicalischen Gründen eignet sich für das dipolare faradische Bad der primäre Inductionsstrom besser, für das monopolare hingegen der secundäre.

Das die Quintessenz des im II. Theile („das electrische Wasserbad“) des Werkes gegen die früheren Auflagen Neuhinzugekommenen.

Die III. Abtheilung ist der Franklinisation und dem electrostatischen Luftbade gewidmet.

Der Verf. ist in Deutschland wohl der bedeutendste Pionier für die Wiedereroberung des der statischen Electricität seit der allgemeinen Anwendung der dynamischen Electricität zu Heilzwecken vollkommen abgerungenen und von der Galvanisation sowie Faradisation occupirten Terraines in der Electrotherapie.

Nach dem was wir selbst bei Charcot an therapeutischen Wirkungen gesehen haben, mit denen sich Verf.'s zahlreiche Erfahrungen decken, kann die grosse Bedeutung der Franklinisation für die Behandlung oft gerade der rebellischsten schweren Neurosen nicht mehr in Frage stehen. Wir sind mit dem Verf. der Ansicht, dass dieselbe über kurz und lang bei uns den ihr gebührenden Platz im physicalischen Heilschatze einnehmen wird, sicherlich um so früher, jeweniger die Anschaffung der Apparate und der dazu nöthigen Motoren das Budget des Einzelnen sowie der Institute belasten wird. Vorläufig ist der Kostenpunkt ein nicht wegzuleugnender Hemmschuh.

Im vierten und letzten Capitel finden die Inductorien, galvanischen Apparate (neu ist Verf.'s constantes Gelatine Trocken-Element) und die Influenzmaschinen sowie die wichtigsten electrotherapeutischen Utensilien eine sehr verständlich gehaltene electrotechnische Besprechung.

Die vorliegende Auflage, die an Illustrationen eine Vermehrung um 46, an Seiten um 112 erfuhr und durch die wie ein rother Faden der Gedanke zieht: „Zuerst prüfe dann urtheile", kann bei allen practischen Aerzten und Specialisten einer freundlichen Aufnahme gewiss sicher sein.

Wenn wir an dem trefflichen Buche etwas geändert wissen möchten, so ist es der Abschnitt über die Flüssigkeitsrheostaten. Solche sind nur in der Gestalt von U förmiggebogenen Glasröhren ohne Inconvenienz zu gebrauchen. Der sonst unvermeidliche Sprung vom Metall zum Flüssigkeitsschluss und vice versa ist zu gross — solche Sprünge müssen unter allen Umständen vermieden werden. Auch der neueste äusserst compendiös construirte Trocken (Graphit) Rheostat von Gärtner hat in seiner ersten Abtheilung viel zu grosse Sprünge.

Das historische und physiologische, besonders ersteres, über die statische Electricität könnte ohne Nachtheil weniger breit angelegt sein.

Die Ausstattung des Buches macht dem Verleger alle Ehre.

Müller (Graz).

---

541) J. Ross (Manchester): Handbook of the diseases of the nervous system. (Handbuch der Krankheiten des Nervensystems.)

(London, J. & A. Churchill. 1885. gr. 8° 723 Seiten, 184 Abbildungen.)

In dem uns vorliegenden Buche bietet der bekannte Verfasser Studirenden wie Aerzten ein recht ausführliches Compendium der Nervenkrankheiten. Das Buch hat einen allgemeinen und einen speciellen Theil. In dem ersten finden wir einen Abriss der normalen und pathologischen Anatomie, so wie der Physiologie des Centralnervensystems, eine allgemeine Symptomatologie und die allgemeinen therapeutischen Principien. In dem 2. speciellen Theile folgt dann eine Schilderung der einzelnen Krankheiten.

Verf. hat, wie er selbst hervorhebt, hierbei hauptsächlich die Rücksicht walten lassen, die Krankheiten klinisch zu classificiren, indem er diejenigen, deren Differentialdiagnose Schwierigkeiten macht, hintereinander bespricht. R. hält durchweg auf eine ausführliche klinische Beschreibung, und lässt die pathalog. anatomischen wie physiolog. Details mehr in den Hintergrund treten. Ausführlicher auf Einzelnes einzugehen, ist hier nicht der Ort. Das Buch, welches klar und interessant geschrieben ist, enthält eine ganze Anzahl guter Holzschnitte; auch die äussere Ausstattung ist, wie bei den meisten englischen Büchern, eine sehr gediegene; es sei hiermit allen Aerzten und Studirenden angelegentlich empfohlen. König (Dalldorf).

---

542) **A. M'Lavre-Hamilton** (New-York): Hysterocatalepsy in a male: attacks suspended by testicular pressure. (Hysterocatalepsie bei einem Manne. Sistiren der Anfälle durch Druck auf die Testikel.)

(Brain Jan. 1886.)

Der Fall betrifft einen 35 jährigen Mann, seit acht Jahren verheirathet, nicht belastet, sehr korpulent. Die cataleptische Starre trat in der Reconvalescenz von krupöser Pneumonie auf der Höhe von starker Unruhe auf mit Kopfschmerz, Jactationen und Sinnestäuschungen. Von dem Anfalle hatte er nach Wiedererlangung des Bewusstseins keine Erinnerung. Die Wirkung des Druckes auf die Testikel war eine sehr prompte und dauernde. Matusch (Sachsenberg).

---

543) **G. Basile**: Importanza della resistenza ellettriva in varie malattie nervose per la diagnosi delle stesse e per gli effeti medico-legali. (Die Bedeutung des electrischen Widerstandes für die Diagnose verschiedener Nervenkrankheiten und für gerichtsärztliche Zwecke.)

(Giornale di Neuropatologia, Anno III Fasc. 5 u. 6 1885.)

Verf. berichtet über Versuche, welche ein bisher noch wenig beachtetes und in seiner Bedeutung nicht genügend gewürdigtes electrodiagnostisches Phänomen zum Gegenstande haben, nämlich die Alteration erkrankter Körpertheile bezüglich ihres Widerstandes gegen den galvanischen Strom. Die Versuche sind nicht sehr zahlreich und ausgedehnt, auch wurde für die Strommessung kein absolutes Galvanometer benutzt, so dass den gewonnenen Zahlen nur ein relativer Werth zukommt, trotzdem sind die Resultate beachtenswerth.

Zum Ausgangspunkte der Untersuchung dienten Kaninchen, denen ein n. ischiadicus durchschnitten wurde. Während vor der Operation beim Durchleiten eines Stromes von einem Punkte der Wirbelsäule bis zu je einer der Hinterpfoten die Galvanometernadel rechts und links gleichen Ausschlag gab, stieg derselbe sofort nach der Operation auf der kranken Seite von 27′ auf 31′ der in 90 eingetheilten Scala. An den folgenden Tagen fand ein weiteres Ansteigen statt, während die gesunde Seite nur ganz unbedeutende Schwankungen aufwies. Die grösste Differenz zwischen beiden Seiten (28′ gegen 38′)

fand sich am 10. Tage und blieb bis etwa zum 30. bestehen, um dann allmählich wieder herabzugehen. Ungewöhnlich gross wurde diese Differenz in einem Falle, wo von der Operationswunde eine Eiterung ausging. Im Allgemeinen schien die Grösse der Differenz vom Verlaufe der nutritiven und functionellen Störung abhängig zu sein, indem der electrische Widerstand im umgekehrten Sinne mit dieser abfiel und wieder stieg.

Diese Regel fand auch bei verschiedenen darauf untersuchten Nervenkrankheiten, wenn auch mit Modificationen, ihre Bestätigung.

Bei der Untersuchung verschiedener Lähmungsformen fand sich dass bei peripherischem Sitze derselben, namentlich also bei rheumatischen und traumatischen, eine beträchtlich grössere Abschwächung des Widerstandes stattfindet als bei den central bedingten.

Auch auf Neuralgien findet das Gesetz Anwendung.

Bei einer Ischias ohne objectiven Befund, bei welcher auch Druckpunkte fehlten, fand sich bei Application der Electroden auf Malleus ext. und Lendenwirbelsäule eine mässige Herabsetzung des Widerstandes auf der erkrankten Seite (40′ gegen 36′). Ein ähnliches Verhalten ergab eine Intercostalneuralgie.

Für die Beurtheilung der Rückenmarkskrankheiten wurden nach Beobachtungen an Gesunden ungefähre Normen für den Widerstand der Wirbelsäule im Ganzen sowie ihrer Theile aufgestellt, wobei gleichen Längenabschnitten fast genau gleiche Widerstandsgrössen entsprachen. Eine auffallend grosse Widerstandsabschwächung ergaben Fälle von Neurasthenia spinalis namentlich für den unteren Abschnitt der Wirbelsäule. Bei organischen Rückenmarkserkrankungen scheint während des acuten, inflammotorischen Stadiums eine Erhöhung des electrischen Widerstandes einzutreten, welche im chronischen Stadium einer mässigen Abschwächung weicht.

Interessant sind die Resultate bei verschiedenen Fällen von Impotenz. Es wurde der Widerstand bei Application auf Lendenwirbelsäule und Dorsum penis zwischen Gesunden und Kranken verglichen. Bei Ersteren schwankte das Resultat, je nachdem das Organ ausgeruht oder nach excessivem Gebrauche erschöpft war, im letzteren Falle trat eine Zunahme des Widerstandes ein. Bei Kranken fand eine zuweilen enorme Zunahme des Widerstandes bei Impotenz im Gefolge organischer Spinalkrankheiten statt, während umgekehrt bei functioneller Schwäche in Folge krankhaft gesteigerter Reizbarkeit eine bedeutende Abnahme des Widerstandes zu constatiren war.

Von forensischer Bedeutung würde die in Rede stehende Untersuchungsmethode zum Zwecke der Unterscheidung von Simulation und Nervenerkrankungen namentlich für solche Fälle werden können, wo den subjectiven Beschwerden und Angaben kein sicherer objectiver Befund entspricht, z. B. bei Impotenz, bei Neuralgien und manchen Lähmungen. Weitere exacte Untersuchungen über den Gegenstand würden erwünscht sein. Nagel (Halle a/S).

544) **Wulff** (Langenhagen): Nahrung und Ernährung in der Erziehungs- und Pflegeanstalt für geistesschwache Kinder zu Langenhagen bei Hannover. (Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachs. und Epil. 1886, Nro. 2 und 3.)

Von der gewiss richtigen Voraussetzung ausgehend, dass bei Kindern — und zumal bei körperlich und geistig zurückgebliebenen — eine zweckentsprechende Art der Ernährung von nicht zu unterschätzender Bedeutung für die fernere Entwickelung derselben sei, ist Verf. in seiner Anstalt ernstlich an die praktische Klärung dieser Frage herangetreten, indem er das Aussehen, das Gewicht und die Lebensäusserungen seiner Zöglinge unter dem Einfluss verschiedener Verpflegungsnormen einer Prüfung unterwarf und auf Grund der gesammelten Erfahrungen mittheilt, welches Regime er für das beste hält. Aus den angeführten Nahrungstabellen geht hervor, dass die Kinder völlig genügende Nahrungsmengen geboten erhalten. Die relativ geringe Eiweisszufuhr erklärt sich zum Theil daraus, dass das Eiweiss in der dortigen Anstalt grösstentheils in sehr leichtlöslicher verdaulicher Form gereicht und daher wohl ad maximum ausgenutzt wird, zum Theil aber auch aus der verhältnissmässig reichlichen Zufuhr von Fett, welche einen stärkern Zerfall des Organeiweisses verhütet. Der mitgetheilte Speisezettel zeigt, dass die Nahrung auch in leicht verdaulicher, schmackhafter und abwechselnder Form gereicht wird. Verf. betont dann (wie mir scheint, mit Recht Ref.), dass es sehr zweckmässig ist, den Kindern wie es in L. geschieht, 5 Mahlzeiten zu verabfolgen, damit sie nie zu viel auf einmal zu sich nehmen, nie mit grossem Hunger zu Tische kommen und in Folge dessen langsamer essen und besser kauen und daher auch leichter verdauen und vor Anfüllung des Darms mit halbverdauten Ingestis bewahrt bleiben.

Reinhard (Hamburg).

---

545) **Kirn** (Freiburg): Mittheilungen über die Fürsorge für Idioten und Epileptiker im Grossherzogthum Baden. (Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachs. und Epil. 1886. Nro. 2.)

Während bis vor kurzem noch keine Anstalten für Idioten in Baden bestanden, obschon dies Land relativ ziemlich viele dieser zurück gebliebenen Wesen aufzuweisen hat, regt sich auch dort allenthalben die Frage nach der zweckmässigen Unterbringung und Behandlung derselben. Vorläufig sind es nur die Religionsgemeinschaften, welche praktisch in dieser Angelegenheit vorgingen. Daraus entstand 1879 die Katholische Anstalt zu Herthen und 1880 die protestantische in Mosbach. Dieselben sind aber nur in ihrer Leitung confessionell, nicht in Bezug auf die Aufnahmen. Die erstgenannte Anstalt zählt gegenwärtig 178 Insassen, die andere 56. Beide sind nicht nur Bildungsanstalten für Schwachsinnige, sondern auch Asyle für Blödsinnige. In Herthen werden ausserdem epileptische Kinder aufgenommen.

Die erwachsenen Idioten finden jetzt in den Kreispflegeanstalten deren Baden 8 besitzt, mehr und mehr Aufnahme. Was die Epileptiker des Grossherzogthums betrifft, so werden die jugendlichen zum Theil

schon jetzt in der Idiotenanstalt Herthen untergebracht, später wird auch Mosbach solche aufnehmen. Erwachsene ruhige, verblödete Epileptiker können in den Kreispflegeanstalten untergebracht werden. Für geistesgestörte, unruhige und gefährliche Epileptische sorgt die Staatsirrenanstalt zu Pforzheim. In der jetzt im Bau begriffenen landwirthschaftlichen Irrenanstalt zu Emmendingen soll für 100 Epileptische Platz geschaffen werden. Reinhard (Hamburg).

---

546) **Baillarger:** Du poids comparé du cerveau et du cervelet dans la démence paralytique. (Das Gewicht des Gross- und Kleinhirns bei der Paralyse.) (Ann. méd. psycholog. Januar 1886.)

B. fand auf Grund zahlreicher Wägungen entsprechend seiner schon 1859 aufgestellten Behauptung, dass während die Hemisphären im Verlauf der Paralyse oft mehr als ein Viertel ihres Gewichtes verlieren, der Gewichtsverlust des Kleinhirns kaum einige Gramm beträgt.

Otto (Dalldorf).

---

547) **Christian** (Charenton): De l'exspectation comme méthode de traitement de delirium tremens. (Ueber das exspectative Verfahren bei der Behandlung des Delirium tremens.) (Ann. méd. psycholog. März 1886.)

Chr. empfiehlt statt der Anwendung differenter Mittel eine mehr exspectative Behandlung des Delirium tremens mit lauen Bädern, kühlenden Getränken, leichten Purgativen und einer etwas Wein enthaltenden Limonade und theilt kurz die zahlreichen Fälle mit, in denen er von seiner Behandlung günstige Erfolge gesehen hat. Otto (Dalldorf).

---

548) **Liebmann:** Jahresbericht der Herzogl. Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Hildburgshausen vom Jahre 1885.

Der Bestand der Anstalt betrug am 1. Januar 1885. 340 Kranke (180 M. 160 W.) der Zugang 93 (46 M. 47 W.), der Abgang 86 (45 M. 41 W.). Im Ganzen wurden im Laufe des Jahres verpflegt. 433 (226 M. 207 W.) Bestand blieb 347 (181 M. 166 W.). Der durchschnittliche tägliche Krankenbestand beträgt 348 (181 M. 167 W.). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer eines männlichen Pfleglings 293 Tage, eines weiblichen 295 Tage im Mittel 294 Tage. Im dritten Quartal wurden die Meisten aufgenommen, 34 (20 M. 14 W.). Ledige Männer waren im Ganzen bei den Aufgenommenen 22 zu 14 Frauen, verheirathete 20 zu 25 Frauen. Das Alter von 31 bis 40 Jahren und von 41 bis 50 gab die grösste Ziffer für die Aufgenommenen, 14 M. 12 W. und 10 M. 11 W. Die älteste Aufnahme stand im Alter von 71 bis 80 Jahren, im Alter von 10—20 Jahren 4 M. 4 W. Es litten an einfacher Seelenstörung 77 (32 M. 45 W.), an paralytischer Seelenstörung 8 (7 M. 1 W.), Alcohpsychose 5 (4 M. 1 W.). Erblich belastet waren von den Männern 54%, den Frauen 55%. Hiervon litten 41 (16 M. 25 W.) an einfacher Seelenstörung. 5 Männer an Paralyse, 3 an Alcoholpsychose. Recidive waren 26 (12 M. 14 W.). Unter den aufgenommenen Männern waren hauptsächlich Kaufleute und Gewerbtreibende vertreten (20). Abgingen als geheilt 23 (10 M. 13 W.), gebessert 14 (8 M. 6 W.) ungeheilt 13

(9 M. 4 W.) gestorben 36 (18 M. 18 W.) Die meisten Heilungen standen im Alter von 31—40, die meisten Gestorbenen im Alter von 51—60 Jahren. Die Abgegangenen litten vorwiegend an einfacher Seelenstörung 34 M. 40 W. Todesursachen waren hauptsächlich Tuberculose 5 M. 2 W., Marasmus 3 M. 3 W., Apoplexie 2 M. 3 W., Peritonitis 3 W., Krankheiten der Lunge und des Brustfelles 1 M. 3 W. Neuendorff (Bernburg).

---

549) v. **Krafft-Ebing** (Graz): Gefährliche Drohung, Beleidigung der Gerichte, krankhafte Bewusstlosigkeit durch pathologischen Rausch. (Friedr. Bl. f. ger. Med., 1886. 2. Heft. März und April.)

Akten. Der 46 jährige Hafnermeister Joseph M. bisher nicht bestraft, wurde wegen erheblicher Körperverletzung des Hausgenossen R., bestehend in Bruch der linken Ulna, die er in Gemeinschaft mit seiner Ehefrau am 21. 7. 84. verübt, am 8. 10. desselben Jahres zu 2 Monat Kerker und 25 fl. Schmerzensgeld mit seiner Ehefrau verurtheilt. Am 22. 5. 85. soll M. neuerdings sich gefährlicher Drohung und Beschimpfung der Gerichte schuldig gemacht haben.

Am 17. 6. giebt er Volltrunkenheit als Ursache der Strafthat an, ebenso in der Hauptverhandlung am 12. 8. Ueber den Grad der Trunkenheit differiren die Zeugenaussagen erheblich. Auf Antrag der Vertheidigung beschliesst der Gerichtshof Vertagung und Konstatirung des Geisteszustandes, namentlich betreffs epileptischen Anfalls zur Zeit der That.

Exploration am 24. 8. Explorat erscheint völlig nüchtern und geordnet, antwortet prompt, behauptet, aus gesunder Familie zu stammen und erst seit dem 27. Jahre an Epilepsie, in Folge von Alkoholexcess, zu leiden. Am Abend des 22. 5. habe er einen abortiven Anfall, bestehend in Zittern und Schaum vor dem Mund, gehabt. Seine von früher datirende Gemüthsreizbarkeit habe sich in der letzten Zeit gesteigert, auch bemerke er Abnahme des Gedächtnisses, sowie Intoleranz gegen geistige Getränke. Er zittere seit einem Jahre an den Händen, habe Magenbeschwerden und schlafe schlecht. Die libido sexualis habe abgenommen. Die Amnesie für die Zeit der Strafthat wird durch Kreuzfragen festgestellt. Der Schädel ist normal, die Ernährung gesunken, die Zunge schlaff, die Wangen- und Mundmuskeln beben fibrillär, was sich im Affekt zu lebhaftem Zucken steigert; die Finger zittern stark, Puls schwach, hüpfend, leichte Hypertrophie des linken Herzens.

Gutachten. 1. M. leidet seit einem Jahre an chronischem Alkoholismus der sich auf psychischem Gebiete in reizbarer Gemüthsschwäche äussert.

2. Ferner leidet M. an Alkohol-Epilepsie.

3. M. hat am Abend des 22. höchstwahrscheinlich einen epileptischen Insult gehabt.

4. M. war sich daher, in Folge pathologischen Rauschzustandes, an jenen Abend seiner Handlungen nicht bewusst.

Landsberg (Ostrowo).

III. Aus den Vereinen.

Jahresbericht der Gesellschaft f. Natur- u. Heilkunde in Dresden.

Sitzungsperiode 1885—1886. (Dresden G. A. Kaufmann 1886.)

Wir stellen aus dem Berichte dieser so rührigen Gesellschaft kurz einige Vorträge zusammen, die für unsere Leser von Interesse sein dürften.

550) **Richard Schmaltz:** *Ueber Schrecklähmung.* Vortr. berichtet von einem Kranken, der am 1. Mai dadurch heftig erschrak, dass er auf der Strasse rücklings von einem Manne ergriffen und geschlagen wurde. Am Abend desselben Tages spürte Pat. Kribeln in der rechten Hand, anderen Tages Schwäche in demselben Gliede, die sich allmählich im Laufe von 10 Tagen über die ganze rechte Körperhälfte verbreitete. Am 13. Mai fand sich rechtsseitige Hemiparese mit Betheiligung des unteren Facialis, Sensibilität erhalten. Reflexerregbarkeit im Ganzen vielleicht etwas erhöht. Schon nach wenigen Tagen Besserung, die nach 6—7 Wochen in völlige Heilung überging. Die Lähmung ist auf den Schreck allein zurückzuführen; Hemiplegie, wie im vorliegenden Falle, ist nur noch von Tod beobachtet; Broadbent beobachtete einen Fall von rechtsseitiger Facialislähmung. Die Discussion drehte sich vorwiegend darum, ob im vorliegenden Falle sog. functionelle Veränderungen anzunehmen seien, oder nicht.

551) **Mossdorf:** *Zur Behandlung der Polyarthritis.* Vortrag. hat auf Anregung Seeligmüller's Versuche mit der Behandlung des betr. Gelenkleidens mit dem galv. Pinsel gemacht, die gegen Kast und Schulze, günstig ausfielen. Der + Pol einer 15—30 Elemente starken Kette wird in der Nähe des betroffenen Gelenkes aufgesetzt und mit dem — Pol folge man der Gelenklinie; dabei tritt Schorfbildung ein und die Manipulation kann nur etwa 8—10 Secunden ertragen werden. Die von Seeligmüller angegebene sog. complicirte Methode gegen die schwersten Fälle von Polyarthritis (galv. Pinsel, heisse Bäder, Moorumschläge, Schwitzkuren, Massage und Karbolinjection) möchte Vortr. wegen der Complicirtheit nicht als besondere Methode aufgestellt wissen.

552) **Oberländer:** *Ueber Neurosen der Harnwege.* Es handelt sich um Individuen, die zu Erkrankungen des Nervensystems disponirt sind. Sehr oft ist dem Leiden eine Gonnorhoe voraufgegangen, und die Neurose ist dann an den Ort der anatomischen Störung gebunden. Die Diagnose ist nur mittelst des Urethroscops zu stellen. Vortr. führt 5 Formen von Erkrankungen der Schleimhaut, resp. Entzündung der Drüsen an, welche als Grundlage der Neurose dienen. Die Behandlung ist wo möglich immer lokal zu beginnen. Erweiterung der Harnröhre mit dem vom Vortr. angegebenen Instrumente, Cocainisirung, Aetzung etc. Unterstützend wirken Hydrotherapie, galv. Strom.

553) **Knecht** (Colditz): *Ueber die neuere Methode der Irrenbehandlung.* In dem Vortrage redet Knecht der „freien Behandlung“ lebhaft das Wort. Man suche nicht bloss alle psychichen und somatischen

Reize von den Kranken fern zu halten, sondern man wirke direkt beruhigend durch Bettbehandlung, prolongirte lauwarme Bäder und feuchte Einwicklungen auf ihn ein. Eine kräftige, dem individuellen Geschmack angepasste Ernährung sei nicht ausser Acht zu lassen. Schlaflosigkeit ist durch geeignete Narcotica zu bekämpfen. Geeignete Beschäftigung, hauptsächlich landwirthschaftliche Thätigkeit, die heutzutage in den kolonialen Anstalten ihren Ausdruck findet, sind bei Reconvalescenten von grossem Nutzen. Mechanische Zwangsmittel, weil reizend auf die Kranken einwirkend, sind bei der freien Behandlung zu vermeiden. Vielleicht ermögliche diese Behandlungsmethode in Zukunft auch in Deutschland eine grössere Verbreitung der familiären Verpflegung Geisteskranker, mit der man in England und Holland schon seit einer Reihe von Jahren günstige Erfahrungen gemacht habe.

554) **Kräpelin**: *Ueber Schlaflosigkeit und deren Behandlung durch die neueren Schlafmittel.*

Vortrag. theilt die Schlafmittel ihrer Natur und Wirkung nach in *fünf* Gruppen.

Die erste bildet der Alcohol, erzeugt bei einigen Schlaf, bei anderen nicht, oder wirkt erregend.

Die zweite bildet die Pflanzenalkaloide. Sind keine reinen Schlafmittel, sondern kommen durch ihre praktische Wirkung zur Geltung.

Die Mittel der dritten Gruppe, die Bromsalze sind bei „nervöser Schlaflosigkeit“ mit Recht beliebt.

Die vierte Gruppe bildet die sog. reinen Schlafmittel. Für ihre Anwendung sind alle Formen von Schlaflosigkeit geeignet, welche durch psychische Erregung ohne Angstgefühl bedingt sind. Chloralhydrat ist bei Herzkranken, Paralytikern etc. zu vermeiden, dagegen falle die starke Wirkung auf Gefässsystem und Herz beim Paraldehyd fort. Urethan wirkt wenig energisch, dagegen äussert das Hypnon in Dosen von 2—7 Tropfen eine ziemlich sichere und angenehme Wirkung. Das Acetal zu 8—10 Tropfen ist von keinem wesentlichen Erfolge.

Die fünfte Gruppe umfasst das Chloroform, den Aether und das Bromaethyl, Mittel mit betäubender Wirkung.

555) **Kräpelin**: *Ueber Brandstiftung durch Geisteskranke.*

Zwei Gruppen geistiger Störung sind es, bei denen vorwiegend das Verbrechen der Brandstiftung zur Beobachtung kommt. Die eine umfasst jene pathologischen Zustände, in denen wir es mit einer einfachen Abschwächung oder Entwicklungshemmung der psychischen Funktionen zu thun haben, während in die andere Kategorie die eigentlichen psychischen Krankheitsprocesse gehören. Der normale Schwachsinn des Kindesalters, Idiotie, Imbecillität, Taubstummheit ohne Correctur durch den Unterricht, erworbene secundäre Schwachsinnsformen, namentlich auch der Paralytiker zählen zu den Formen der ersten Gruppe. Die sog. Iracundia morbosa, von der Vortr. einen Fall mittheilt, beweist, dass es auch psychische Schwächezustände mit überwiegender Störung im Gebiete der Affecte gibt. Störung der Intelligenz und dadurch bedingter Mangel an Ueberblick über die Folgen des Thuns, andrer-

seits aber die geringere Widerstandsfähigkeit gegen augenblickliche Affecte bedingen die gemeingefährliche Handlung.

Die Motive der zweiten Gruppe sind ganz andere. Hier kommen zunächst Wahnideen in Betracht, oder die Motive liegen auf dem Gebiete patholog. Affecte, meist depressiver Natur. Eine Entlastung vor dem psychischem Drucke wie bei den Gewaltthaten Melancholischer findet statt (nostalgische Form), welcher Zustand wieder überführt in die Fälle, in denen die Handlung unter der Einwirkung von hysterischen und epileptischen Bewusstseinstrübungen begangen wird. Bei diesen und den nostalgischen Formen kommt es häufig zu wiederhohlten Brandstiftungen. Jedoch ist die Aufstellung einer besonderen „Pyromanie“ einseitig, da der Brandstiftungstrieb keine isolirte Störung sondern nur ein Symptom verschiedenartiger krankhafter, das gessmmte Seelenleben in Mitleidenschaft ziehender Vorgänge ist.

Goldstein (Aachen).

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Owinsk, (Posen), Assistenzarzt, 1500—2000 M. und freie Station. 2) Zwiefalten (Württemberg), Assistenzarzt, Oktober, 1400—1600 M. und freie Station. 3) Osnabrück, Assistenzarzt, sofort, 900 M. und freie Station. 4) Königslutter (Braunschweig), dritter Assistenzarzt, 1000 M. und freie Station. 5) Brieg (Schlesien), II. Arzt (unverheirathet!), 1. Novbr., 2400 M. und freie Wohnung etc.

Besetzte Stelle. Bonn Dr. Hertz'sche Anstalt (Dr. Freusberg), Assistenzarzt Herr Dr. Vaal aus Würzburg.

Versetzt. Professor Dr. Grashey in Würzburg nach München als Prof. der Psychiatrie und Director der Kreisirrenanstalt.

Titel. Dr. Guttstadt in Berlin: Professor.

Orden. Geheim. Ober Med.-Rath Dr. Eulenberg in Berlin: Stern zum rothen Adler II. mit Eichenlaub.

Todesfall. Geheimer Med.-Rath Dr. Maeder, Director der Landes-Irren- und Krankenanstalt zu Roda.

Druckfehler.

Seite 462 Zeile 13 von oben muss es statt „und Gicht, Zerstreutheiten“ „im Geist, Zerstreutheit“ heissen.

In Nro. 17,, Referat 524 muss es in der Ueberschrift statt „Wahnsinnigen“ „Schwachsinnigen“ heissen.

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten das Abonnement auf das IV. Quartal 1886 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

handel. ... in Leipzig.

für Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von
Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,
dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

9. Jahrg. 1. October 1886. Nro. 19.

Inhalt.

I. Originalien.

Eine besondere Form von Bewegungsstörung der Pupille.

Von Dr. J. Salgó,
Primararzt an der Landes-Irrenanstalt in Budapest.

Die bis nun bekannt gewordenen Innervationsstörungen der Pupillen bei Geisteskranken betreffen die *Pupillendifferenz* und die *myo-*

tische Verengerung der Pupillen. Die *Mydriasis* hat eine diagnostische Bedeutung in der Psychiatrie nicht erlangen können. Aber auch die Pupillendifferenz als solche hat viel von ihrem ursprünglichen diagnostischen Werthe verloren. Einerseits die Beobachtung von Pupillendifferenz ohne erkennbare cerebrale Ursache, andererseits die Fälle von bleibenden Pupillendifferenzen insbesondere nach Gehirnblutungen und endlich der Umstand, dass in einer grossen Anzahl von paralytischer Geistesstörung differente Pupillen nicht zu constatiren sind, haben namentlich den für letztgenannte Psychose reclamirten differentialdiagnostischen Werth der Pupillendifferenz bedeutend gemindert.

Eine grössere Bedeutung ist den *myotisch verengten und starren Pupillen* zuzusprechen und dürfte Seiffert's Bemerkung vollauf gerechtfertigt sein, dass das Auftreten einer Myosis im Verlaufe einer Geistesstörung den Eintritt allgemeiner Lähmungen voraus verkünde. Die nosologische Bedeutung der Myosis im Verlaufe der Tabes ist bekannt. Ich halte es, obwohl ja die Myosis keinenfalls als charakteristisches Symptom der Tabes Erwähnung findet, doch für geboten zu erwähnen, dass die erwähnte Myosis durchaus nicht den Fällen von ascendenter (tabischer) Paralyse zukomme, dass sie vielmehr in Fällen von paralytischer Geistesstörung ohne ascendenten Charakter und zwar in einem Stadium zur Beobachtung kommt, in welchem wenig andere Symptome die Diagnose sichern. In Betreff dieser Myosis muss ich gegen Seiffert und Leeser betonen, dass sie während des ganzen Verlaufes der Paralyse bestehen bleibt.

Neben diesen beiden Störungsformen der Pupillenbewegung beobachte ich seit längerer Zeit eine motorische Störung, die in der mir bis nun zugänglichen Literatur keine Erwähnung noch weniger eingehendere Behandlung gefunden zu haben scheint. Die beobachtete Störung besteht kurz darin, *dass die Muskulatur der Iris sich ungleichmässig contrahirt*, wodurch der pupillare Rand der Iris eine verschieden gestaltete, von der Kreisform abweichende, verzogene Form annimmt. Die Pupille erscheint in solchen Fällen als Dreieck oder Vieleck mit abgerundeten, stumpfen Ecken, als in die Quere gezogener oder senkrecht stehender Spalt, ähnlich der Pupille der Katzen. In besonders eclatanten Fällen erscheint ein in der Innervation zurückgebliebener Zipfel der Iris wie durch Synechie verzogen. Es bedarf wohl kaum einer besonderen Erwähnung, dass in den in Rede stehenden Fällen mechanische Behinderungsmomente der Irisbewegung, also Synechien ausgeschlossen sind.

Derart veränderte Pupillen sind keineswegs starr, reactionslos. Vielmehr bietet deren Reaction das weitere Interesse, dass die Form der in Ruhe befindlichen Pupillen bei jeder reactiven Veränderung wechselt, einmal dadurch, dass die in der Ruhe mangelhaft innervirten Irisantheile resp. die durch diese mangelhafte Innervation bedingten Formänderungen ausgeglichen oder durch andere substituirt werden, so dass die erweiterte Pupille *eine andere unregelmässige Form* zeigt, als die contrahirte.

Zweifel daran, dass dieselbe in der überwiegenden Zahl *ein Symptom der paralytischen Geistesstörung* ist. Doch habe ich dieselbe in vereinzelten Fällen vorgeschrittener und chronisch verlaufender Psychosen constatiren können, die keinerlei sonstigen Lähmungssymptome erkennen liessen. So weit sich aus meinem grossen Krankenmateriale vorläufig ergibt, ist das erwähnte Symptom bei der paralytischen Geistesstörung viel häufiger, als myotisch verengte Pupillen, wenngleich, wie mir in diesem noch nicht abgeschlossenen Stadium meiner diesbezüglichen Untersuchungen scheint, nicht so häufig, wie differente Pupillen. Indessen wird sich darüber, sowie über das Wesen der beschriebenen Störung erst nach fortgesetztem Studium der Frage eine sichere Entscheidung treffen lassen. Nur so viel scheint mir heute feststehend, dass die unregelmässige Form der Pupille, als Ausdruck einer wechselnden Insufficienz der betreffenden Innervation sich zwanglos den anderen motorischen Störungen *corticalen Ursprungs*, die wir im Verlaufe der paralytischen Geistesstörung beobachten, anreiht.

II. Original-Vereinsberichte.

I.

Jahressitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Berlin am 17. September 1886.

Originalbericht von Dr. Otto (Dalldorf).

Der Vorsitzende Westphal eröffnet um 9 Uhr Vormittags die Sitzung in der Universität und gedenkt zunächst der durch den Tod aus dem Verein geschiedenen Mitglieder. Bei der *Wahl von zwei Vorstandsmitgliedern* wird sodann Schüle wiedergewählt, ausserdem Grashey.

556) Alsdann hielt **Möli** (Dalldorf) seinen angekündigten Vortrag: *Was lehren die in Dalldorf gemachten Erfahrungeu für die Frage nach der Unterbringung geisteskranker Verbrecher?*

Vortr. betont, dass in Dalldorf ganz specielle Verhältnisse vorliegen, und dass man sich gezwungen sah, von den übrigen Verhältnissen abweichende — quasi einen Adnex für irre Verbrecher — zu schaffen. Allgemeine Gültigkeit könne die Sache nicht haben. Anfangs im Jahre 1880 seien keine Belästigungen von Seiten der irren Verbrecher aufgetreten. Jetzt sei auch noch eine grosse Anzahl derselben unter anderen Kranken untergebracht ohne Störung zu verursachen. 1882 seien die Entweichungen häufiger geworden und hätten Maassnahmen erforderlich gemacht. Die getroffenen Sicherheitsmaassregeln habe man vielfach überschätzt.

M. betrachtet weiterhin die Entweichungen näher und untersucht, welche Kranke häuptsächlich dabei betheiligt sind. Eine Tabelle ver-

anschaulicht die Resultate, die er erhalten. Die Kranken wurden zunächst geordnet in nicht bestrafte (700) und mit dem Strafgesetz in Conflikt gerathene (297), letztere wurden wieder nach den verschiedenen Vergehen und Verbrechen eingetheilt. Die Beobachtungen erstreckten sich nur auf die mit dem Strafgesetzbuch in Conflikt gerathenen Männer der Irrenabtheilung; in der Siechenabtheilung und den Filialen ist deren Zahl nur gering. Ausserdem unterscheidet M. das einfache Entlaufen von der Arbeit oder aus nicht verschlossenen Räumen, den Ausbruch aus verschlossenen Räumen und den Versuch des Ausbruches. Es weisen nun die Eigenthumsverbrecher und Betrüger die meisten Ausbrüche auf und sie laufen am meisten weg. Die gewohnheitsmässigen Eigenthumsverbrecher verursachen also in Dalldorf besondere Schwierigkeiten. Mit Rücksicht auf weiteren Schaden ist ihr Entweichen auch nicht gleichgültig.

Zur Erklärung der Dalldorfer Missstände sind folgende Momente zu berücksichtigen. Unter 28 Gewohnheitsverbrechern in Dalldorf sind 20 vor dem 18. Lebensjahre bestraft, also als jugendliche Verbrecher, von den anderen 8 sind 5 vor dem 25. Jahre mit dem Strafgesetz kollidirt, 3 erst später. Die meisten sind vor dem 20. Jahre schon öfters bestraft. Ferner war ein volles Drittel schon im 20. Jahre in Anstaltsbehandlung, die übrigen bis zum 25. Jahre. Die Unannehmlichkeiten kommen also durch Personen, die in der Jugend das Eigenthum bedrohen und schon früh in die Anstalt kommen. Im übrigen sind dieselben meist unehelich geboren, in den Familien herrschen Laster, ihre Jugend verbrachten sie mit Bummeln, waren „Louis“ und stahlen schliesslich, zuerst im Verein mit älteren vorbestraften Individuen. Diese jungen irren Verbrecher laufen alsbald weg. ältere Bestrafte neigen im Verhältniss weniger dazu. Das Vorwiegen von jugendlichen schwachsinnigen Verbrechern erklärt also vor allem die Dalldorfer Missstände. Ein anderer Punkt von Wichtigkeit ist die Anhäufung der irren Verbrecher in der Anstalt und zwar an einer Stelle. Es entstehen Verbindungen derselben inmitten der nicht bestraften Kranken, die Entweichungen werden als Sport betrieben.

Von weiterem Einflusse ist die Oertlichkeit der Anstalt. Ein Ortswechsel findet nicht Statt, die Kranken bleiben auf demselben Boden, fast in den alten Verhältnissen vermöge des Connexes mit Angehörigen und Genossen. Sind Fehler in der Behandlung gemacht worden? die Concentration war aus Noth geschehen. Früher waren die irren Verbrecher unter die anderen Kranken vertheilt. Es wird übrigens auch jetzt noch nicht ohne weiteres jeder Verbrecher in die besondere Abtheilung gebracht. Andererseits wird Werth gelegt auf Beschäftigung und Zerstreuung, jedoch konnten letztere nicht in dem Masse angewandt werden, als es wünschenswerth schien.

Schlussfolgerungen: Das schlimmste Moment ist das Zusammendrängen der irren Verbrecher. Als Kranke gehören dieselben in eine Irrenanstalt. Eine straffe Disciplin verschlechtert die Sache entschieden. Die Behandlung ist von Fall zu Fall zu entscheiden. Das

Weglaufen ist zu verhüten durch Einrichtung von
kleinen Räumen zu 4—5 Personen, geeignete Verthei
ken, durch Isolirung einzelner Kranken, besonders des
eigneten Zimmern und Auswahl eines tüchtigen Wart
Ausbrüche haben in der letzten Zeit nachgelassen, docl
heit noch nicht vollständig.

In der *Diskusion* meint Hitzig, man könne nich
Vorkehrungen treffen in den Anstalten z. B. in Nietle
möglich gewesen. Nicht für alle Anstalten sei die
Verbrecher thunlich, vielmehr müsse man von Fall zu F
Jedenfalls sollten diese Kranken immer Irrenärzten un
Als geeigneter Ort für dieselben sieht er Invalidengef

Schröter möchte zu Versuchen auffordern die i
bei Strafanstalten unterzubringen. Dort könne man z
hafte und der Simulation verdächtige Fälle beobachte

Mendel schliesst sich den Anschauungen des V
Wenn es in Dalldorf geht, muss es in den Provinzi
gehn. Die nothwendigen Einrichtungen müssen aber g
Für die Praxis darf man nicht Verbrechen und Geistes
Eine Cumulirungsanstalt für Verbrecher ist hinsichtli
krankheit schädlich. Jeder Geisteskranke gehört in e
und dieselbe hat für besondere Verhältnisse besonder
zu treffen.

Sander verweist bezüglich der Invalidengefäng
land. Dort klage man auch über die Ueberschwemmun
brechern, denn die Invalidengefängnisse behalten die
während der Strafzeit, dann kommen sie nach Bro
und dann in eine Provinzialanstalt. Die Invalidengef
also dem Uebelstand nicht abhelfen. Im übrigen habe
lischem Berichten die schlimmen irren Verbrecher in d
fängnissen nicht gut und es sollen die letzteren eine
Inspektion unterstellt werden.

Reinhard bemerkt in Friedrichsberg seien die V
Abtheilung für Tobsüchtige untergebracht hinter einer M
sich gut.

Snell hält die irren Verbrecher für einen da
der Anstalten. Es entstehen Unzuträglichkeiten mit a
und dem Publikum.

In demselben Sinne spricht sich Laehr aus.]
niss Moabit wolle man jetzt eine Station für derartig
ten. Moeli gibt zu, dass das Zusammenbringen der
anderen Kranken manche Uebelstände im Gefolge hat
von Annexen ausserhalb der Irren-Anstalten nichts
treffenden Leute gehören in ein irrenanstaltliches R
Strafanstalten. Allerdings braucht ja nicht jede Irren
aufzunehmen. Für 2% des Dalldorfer Bestandes
ein fester Abschluss nöthig. Man soll die Verbrecher

Säle legen sondern in kleinere Zimmer, mehr familiär. Die Kranken der Moabiter Station würden doch einmal in die Irrenanstalt kommen. Wir müssen für sie sorgen, ohne allgemein gültiges auszusprechen.

Meschede betont, die Anstalten würden vom kurativen Standpunkt aus durch Verbrecher geschädigt. Letztere dürften daher nur in Pflegeanstalten mit besonderen Einrichtungen untergebracht werden.

Auch Siemens spricht sich für die Pflegeanstalt aus. Ausserdem betheiligten sich noch Falk und Zinn an der Diskussion.

557) **Sander** (Dalldorf): *Einblicke und Ausblicke in das Irrenwesen Berlins.*

Vortrag. schildert zunächst die jetzige Lage des Irrenwesens in Berlin, den Aufnahmemodus, das Verhältniss der Charité als Station für heilbare Geisteskranken und Durchgangsstation für unheilbare, die Vertheilung der letzteren auf die Irrenanstalt in Dalldorf und auf die kommunalen Abtheilungen in den Privatanstalten und gibt alsdann eine Uebersicht über die Bewegung der Geisteskranken der Charité und der städtischen Irrenanstalt seit dem Jahre 1860 mit besonderer Rücksicht auf die Momente, welche für die Ueberfüllung von Dalldorf in Betracht kommen. Darnach waren 1860 in der städtischen Irrenanstalt 228, in der Charité 97, dagegen 1884 1841 resp. 98. In Irrenanstaltspflege waren 1860 pro Mille der Bevölkerung 0,43, 1870 0,67, 1875 0,75, 1880 1,10, 1884 1,46. Mit den Charitékranken zusammen beträgt die Zahl 1860 0,64, 1884 1,56. Das Austeigen ist ein ungleichmässiges z. B. blieb 1869, 1870 u. 1871 das Verhältniss konstant (0,84 pro Mille), während es 1864 von 0,9 auf 0,55 pro Mille fiel. Mannigfache Verhältnisse bedingen dieser Ungleichmässigkeit z. B. 1864 die Aufnahme von Vororten. Von 1880 ab machte sich eine starke Zunahme der Pflegebedürftigen geltend und bewirkte, dass die damals eröffnete Dalldorfer Anstalt bald unzureichend war (1880 1,20, 1881 1,36, 1882 1,45, 1883 1,50 pro Mille).

Bei Untersuchung der Ursachen dieser Steigerung ist zunächst zu bemerken, dass auch an anderen Orten (Paris, England) sich ähnliche Erscheinungen zeigten. Offenbar sind die socialen Verhältnisse, der Niedergang der Industrie etc. von Bedeutung. Es wurden mehr Kranke der Anstaltspflege bedürftig. Gleichzeitig zeigten sich in Folge derselben Zustände mehr polizeiliche Uebertretungen, Auswanderungen. Es ist die Frage, ob es sich um eine Vermehrung der Geisteskranken handelt. Viele Kranke konnten entschieden nicht mehr draussen bleiben, die in den bessern Jahren es noch fertig brachten bei günstigern Arbeitsverhältnissen. Weiter ist der Zugang von Geistesschwachen, Epiteptischen in Betracht zu ziehen. Stille Geisteskranke vom Land können sich in der Grossstadt nicht halten. Das Zuströmen vieler junger Leute, die gesteigerten Anforderungen in der Arbeit erklären die Häufigkeit von Paralyse in jüngerem Alter.

Der jährliche Zuwachs an Anstaltsinsassen ist kein regelmässiger. Man muss hierbei Alter, Geschlecht, Formen etc. berücksichtigen. 1881—86 vermehrt sich der Bestand an Männern um 410, an

jedes Jahr, 244 Frauen also [illegible] jährlich, während 1883—86 die Zunahme 196 Männer, also 71 und 151 Frauen, also 54 für jedes Jahr betrug. Von den Formen vermehrten sich besonders Idiotie, im ersten Zeitraum Epilepsie. Viele Idioten (Schwachsinnige) können entschieden die Irrenanstaltspflege entbehren und in Familien in der Stadt untergebracht werden. Die Dalldorfer Idiotenanstalt zeigt auch das Anwachsen der Idioten (von 100 auf 160). Auch nach der Beobachtung der Kinderärzte und der Waisenhausärzte nimmt Idiotie in Berlin zu.

Zur Zeit ist die Zunahme im allgemeinen etwas geringer. In Dalldorf sind 1250 Kranke, eine Zahl, die nicht gut überschritten werden kann. In den Privatanstalten sind 900 untergebracht. Die Aufnahme betrug im letzten Jahre 900 und wird auf 1000 kommen ausser dem Bestand. Desshalb sind Neubauten dringend nöthig und zwar ist geplant eine Irrenanstalt für 1000 Kranke und eine Anstalt für 600 Epileptische (Geisteskranke und Geistesgesunde) zu erbauen. Letztere soll eventuell bis auf 1000 erweitert werden. Rücksichtlich der heibaren, akuten Fälle ist eine Regelung mit der Charité zu erwarten. Ueberhaupt ist bei der Neuordnung und Trennung der Anstalt für akute Fälle von den anderen Rücksicht zu nehmen.

Bezüglich der Familienpflege, die durch die Armendirection vermittelt wird, fehlt es noch an geeigneter ärztlicher Controlle.

Eine Diskussion fand nicht Statt.

(Schluss folgt.)

II.

59. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Berlin vom 18.—24. Sept. 1886.

Section für Neurologie und Psychiatrie.

Orginalbericht von Dr. Koenig (Dalldorf).

Montag den 20. Sept. 11 Uhr. Vorsitzender Herr Westphal.

558) **Kohlrausch**: demonstrirt ein von ihm construirtes neues Galvanometer, welches von den bis jetzt gebräuchlichen den Vorzug der Unveränderlichkeit besitzt.

559) **Fürstner**: *Experimentelle Untersuchungen im Bereich des Centralnervensystems.*

F. recapitulirt erst in Kürze die Resultate, welche Mendel bei Hunden durch Drehen derselben bekommen hatte. Bei der Lectüre der M. Arbeit seien ihm Zweifel aufgestiegen. ob man berechtigt sei, diese Prozesse zu identificiren mit den sehr chronischen bei der Paralyse; ausserdem sei ihm auch überraschend gewesen, dass M. eine Vermehrung der Gefässe gefunden haben wolle. F. war bemüht, seinen Experimenten einen möglichst chron. Verlauf zu geben; ferner richtete

er seine besondere Aufmerksamkeit auf bestimmte Abschnitte des Centralnervensystems, nämlich Rückenmark und n. opticus.

Mendel hatte diese beiden unverändert gefunden. F. legte seine Hunde so auf die Drehscheibe, dass der Kopf des Thieres nach aussen lag; die Hinterbeine wurden mit Watte umwickelt, da man sonst Zerrungen bekommt, die zu falschen Symptomen Veranlassung geben können. Vor und nach den Drehungen wurde der Augenhintergrund untersucht. Die Hunde wurden täglich einige Minuten gedreht; sobald ein Thier Zeichen grosser Erschöpfung darbot, wurde das Experiment einige Tage lang ausgesetzt. Zunächst demonstrirt F. Präparate von einem Hunde, der $^5/_4$ Jahre gedreht worden ist. Bei diesem ist es zu einer typischen Degeneration der Pyramidenstränge gekommen, welche bis in das Halsmark zu verfolgen ist, in der Medulla findet sich keine Veränderung. Bei keinem seiner Hunde fand F. eine Erkrankung der Pyramidenvorderstrangbahn. In einer 2. Serie von Fällen fand F., dass man auch eine Erkrankung der Hinterstränge bekommt, wenn man die Drehungen lang genug fortsetzt. Zunächst erkrankt ein Abschnitt, der unmittelbar zwischen den Goll'schen und den Keilsträngen liegt, und ausserdem eine Zone, welche die Hinterstränge halbmondförmig umgibt, sodass ein Dreieck normaler Rückenmarksubstanz übrig bleibt. Auch beim Menschen kommen deratrige intact gebliebene Abschnitte vor.

Ein zweiter Hund, von dem Präparate demonstrirt werden, ist 9 Monate gedreht worden. Auch hier findet sich Degeneration der Pyramidenseitenstränge. Weitere Veränderungen im Rückenmark fand F. nicht. Macht man die Drehungen so stark wie Mendel es gethan hat, so bekommt man Blutungen in die graue und weisse Substanz. F. bekam gar keine. Es liegt nun nahe, daran zu denken, ob man es nicht mit einer Myelitis zu thun habe, die von einer periph. Neuritis ausgeht; auch dies ist nicht der Fall. Die periph. Nerven wie die graue Substanz waren normal.

Die Befunde des Gehirns stimmen im allgemeinen mit den Mendel'schen überein, blos waren die Veränderungen nicht so stark. *Nicht vorhanden* waren Neubildungen von Gefässen, u. Degeneration von Ganglienzellen. Die tangentialen Fasern waren nur in geringer Menge vorhanden. Die Degeneration des Rückenmarkes ist jedenfalls eine primäre; es degenerirt zuerst der Achsencylinder; in den am stärksten erkrankten Partien ist die Glia vermehrt.

Von den klinischen Erscheinungen hebt F. als die interessantesten folgende hervor: Die Thiere wurden nach 2 – 3 Monaten sehr somnolent; ferner bekamen sie Speichelfluss und zeigten grossen Durst; die beiden letzteren Erscheinungen verschwanden jedoch nach 5 Monaten. Ferner wurden 2 mal typische paralytische Anfälle beobachtet. Es gibt eine Reihe von Erscheinungen, die unmittelbar nach den Anfällen auftreten, und dann verschwinden, auf welche Redner nicht näher eingeht. Einer von den noch lebenden Hunden hat einen paralytischen Gang. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergab in einigen Fällen Erweiterung der venösen Gefässe und Verdickung der Gefässwandungen; bei einem anderen Hunde fand sich eine partielle

excentrisch liegende Veränderung des n. opticus. Der Nerv war kleiner als der andere normal gebliebene. F. hält die Veränderung, soweit er es beurtheilen kann, für eine Degeneration.

Redner hebt hervor, dass die Versuche wiederholt werden müssen; die Thiere müssen nach rechts und links gedreht werden; auch umgekehrt, mit dem Kopf nach dem Centrum, werden sie zu drehen sein.

Was die Färbung der mikrosk. Präparate anbelangt, so empfiehlt Redner, zuerst Hämatoxylin oder Carmin anzuwenden. Die Weigert'sche Methode gibt hier keine hübschen Bilder, weil sich noch nicht viel Bindegewebe gebildet hat.

Diskussion. Mendel hebt hervor, das seine damaligen Untersuchungen blos vorläufige waren; äussere Umstände hätten ihn am Weiterarbeiten verhindert; er freue sich, zu sehen, dass die Befunde Fürstner's die seinigen bestätigten. Die Beobachtung bezüglich der Veränderung des Bellens sowie der Dysurie, (welche F. angezweifelt) seien von einem Hundekenner, Prof. Munk, betästigt worden; daran sei nicht zu zweifeln. Ein positiver Augenspiegelbefund sei nicht zu constatiren gewesen (Hirschberg).

Was die Neubildung der Gefässe anbelange, so könne die Differenz der Befunde vielleicht in der verschiedenen Art und Weise des Experimentirens ihre Ursache haben, da F., wie er selbst gesagt, etwas anders experimentirt; er (Redner) sei gern bereit, die bezüglichen Präparate zu demonstriren. Die Degeneration der Zellen, an die F. auch nicht glaubt, sei selbst von Gudden bestätigt worden; auch solche Präparate könne er demonstriren.

Heymann fragt, welches ätiolog. Moment Fürstner annähme für die Entstehung der Rückenmarkserkrankung; ob etwa Anämie.

Adamkiewicz hat dieselben Erscheinungen bei Hunden bekommen, welchen er eine Kochsalzlösung mit oder ohne Ammoniak in die Venen spritzte.

Mendel meint, die Versuche des Vorredners unterschieden sich wesentlich von Fürstner's und von den seinigen dadurch, dass es sich bei denselben um acute Zustände gehandelt habe, die vorübergingen.

Fürstner: Hyperämie und Anämie seien 2 ihm unangenehme Begriffe; er habe absichtlich nichts darüber gesagt, wie er sich den Prozess entstanden denke. Soweit seien wir noch gar nicht. In den erkrankten Partien finde sich jedenfalls nichts, was an Hyperämie denken liese. Was die Mendel'schen Präparate anbeträfe, so glaube er nicht, dass er sich, auch nach Wiederbesichtigung derselbe mit M. darüber würde verständigen können.

560) **Adamkiewicz:** *Ueber multiple Sclerose mit Demonstration entsprechender Präparate.*

Es gibt 2 Processe im Rückenmark, die makroskopisch erkennbar sind; die Systemerkrankungen und die multiple Sclerose; der erstere Prozess geht mit Bestimmtheit von den Nerven aus; ganz anders bei der multiplen Sclerose; man erklärt sie für eine Myelitis; der Process gehe von der Neurolgie und bringe durch Druck die Ner-

vensubstanz zum Schwinden. Rindfleisch glaube, der Prozess gehe von den Gefässen aus. Betreffs der Färbmethoden, so habe die Weigert'sche Methode gegenüber seiner Safraninfärbung (Redner geht ausführlich auf dieselbe ein), einen Nachtheil, weil sie innerhalb der Markscheide ganz bestimmte Elemente, die pathologisch von Wichtigkeit sind, *nicht* zur Darstellung bringe; zwischen Achsencylinder und Peripherie des Nerven lässt sich mit Safranin eine kreisförmige Zone färben, die „chromoleptische Substanz". Hier beginnt der Process. Redner hat eine Reihe von Fällen von multipler Sclerose so untersucht.

In dem einen Fall, auf dessen Krankheitsgeschichte Redner in Kürze eingeht, ergab die Untersuchung folgendes:

Im *Gehirn*: An einzelnen Stellen Atrophie der Nerven, an anderen grosse Kerne mit Ausläufern; an andern endlich nichts als Neuroglia und neu gebildete Gefässe mit theilweise veränderten Wandungen. Hieraus geht hervor, dass der Process nicht von den Gefässen ausgeht; er beginnt zunächst in den Nervenfasern.

Im Rückenmark müssen wir 3 Arten von Degeneration unterscheiden. Die stärksten Veränderungen finden sich im Lendenmark. Hier findet man nur ganz geringe Spuren von chromoleptischer Substanz. Im Halsmark fanden sich die geringsten Veränderungen. Am besten stellt man sich die Lage so vor: Die Degeneration beginnt in diesen eigenthümlichen Partieen und schreitet in unregelmässiger Weise centrifugal fort. Das Ende des Prozesses ist, dass der Achsencylinder ausfällt. Redner glaubt, die chromoleptische Partieen seien diejenigen, welche bei den combinirten Erkrankungen afficirt werden. Tabes und multiple Sclerose seien im Gegensatz zu den secundären Degenerationen als primäre Degenerationen zu bezeichnen.

561) **Binswanger:** *Zur Lehre von den aphasischen Störungen.*

Redner ergeht sich zunächst ausführlich über den heutigen Standpunkt der Lehre von der Aphasie, berichtet dann über einen Fall von atactisch-amnestischer Aphasie mit Sectionsbefund. Es handele sich um einen Collegen, welcher in Folge eines apoplectischen Anfalles eine rechtseitige Hemplegie bekommen hatte; die Untersuchung ergab ausserdem den Verlust der feineren Muskelactionen der rechten Hand. Die Sprache war in so fern gestört, dass Patient gewisse concrete Wortbegriffe nicht aussprechen konnte (amnestische Zustände); ausserdem bestanden motorische Störungen; er konnte oft den ersten Buchstaben eines Wortes aussprechen, aber das Wort nicht zu Ende bringen, obschon er das Wort ganz gut kannte. Patient ging nach wiederholten apoplectischen Anfällen mit epileptischen Krämpfen der rechten Seite zu Grunde.

Die Section ergab folgendes: Der Fuss der 3. Stirnwindung war absolut frei, ebenso das Gebiet der Centralwindungen. Hingegen fand sich ein Herd im unteren Schläfenlappen, welcher sich auf den obersten Abschnitt der 2. Schläfenwindung erstreckte, ebenso war das Markläger des ganzen lateralen Theiles des Schläfenlappens und des Gyrus angularis ergriffen. Die Rinde des Schläfenlappens war bloss in den hinteren Abschnitten afficirt. — Dieser Befund steht im Widerspruch mit

Aphasie vorhanden war. Hatte der Kranke nämlich seine „g
so konnte man ihm die complicirtesten Aufträge geben, we
tig ausführte. Die motorischen Störungen beruhen nicht au
krankung des sog. motorischen Gebietes, sondern auf ein
die wir zu den Gedächtnissstörungen rechnen müssen. Re
dass diese sog. motorischen Störungen sich durch die amnes
wohl erklären lassen, nämlich aus dem Unvermögen, di
Laute festzuhalten, während das Wort ausgesprochen w
Amnesie durchzieht alle Erscheinungen der Aphasie. Alle Loc
scheitert an dem verschiedenartigen Hervortreten der a
Erscheinungen, und diese lassen sich grammatisch analys
aber keine Beziehung zu der localen Diagnostik der aphas.

Die Discussion über diesen Vortrag wird auf Dienst
vertagt.

(Fortsetzung folgt.)

III. Referate und Kritike

562) Ch. Féré (Paris): **Traité élémentaire d'anatomie** n
système nerveux. (Paris 1886. 493 Seiten mit Register.)

Der bekannte Verfasser, der unsere Specialwissensc
mit einer grossen Anzahl bedeutender Arbeiten bereichert
hier eine, seinem Lehrer Charcot gewidmete Anatomie d
systems vor, die volle Beachtung beansprucht. Sie soll gewi
ein Resumé der descriptiven und topographischen Anatomi
tralen und peripherischen Nervensystems sein und enthä
wichtigsten und feststehenden Thatsachen. Erwägt man
tenden Umfang des Buches und den erstaunlichen Reichth
bildungen, die zur Unterstützung des Textes beigegeben si
man von vornherein die Bedeutung dieses Resumés ahn
diese Empfehlung hinaus können wir uns mit dem Buche
beschäftigen.

Erlenm

---

563) Bechterew: Ueber die Verbindungen der oberen (
ihre wahrscheinliche physiologische Bedeutung.

(Wratsch Nro. 32 1885.)

Die Fasern der oberen Oliven umkleiden sich nach den v
stellten Beobachtungen in einer sehr frühen Periode mit M
desshalb eignen sich ganz besonders Fötus-Gehirne von n
als 28 – 30 Centimeter Länge für das Studium der Verbin
oberen Oliven mit anderen Gehirntheilen. Diese Verbindu
nun sehr umfangreich und mannichfaltig. Zuerst entspringe
oberen Oliven zwei grosse Bündel, von denen dass eine, ei
oder, richtiger, seitliche Schleife bildend, zum hintern Vierh
das andere aber zum Kleinhirn geht. Die Fasern der Seit

welche sich viel früher mit Myelin umgeben, als die anderen Abschnitte der Schleifenschicht, entspringen theils in der entsprechenden obern Olive, theils im corpus trapezoideum, gehen dann nach vorn und aussen und treten in den Kern selbst des hinteren Vierhügel ein und ist es unzweifelhaft, dass sie die vordern Vierhügel nicht erreichen, wie es manche Autoren angaben.

Das von den oberen Oliven zum Kleinhirn ziehende Bündel geht zwischen dem äuseren Abschnitte des Kleinhirnschenkels und dem aus den vom Verf. beschriebenen Kernen entspringenden Bündel, welcher dorsalwärts vom Deiters'schen Kerne liegt und den Endpunkt der Fasern der vorderen Acusticuswurzel darstellt. Ins Kleinhirn eingetreten gehen die Fasern dieses Bündels oberhalb des vorderen Kleinhirnschenkels und ziehen dann zu den Dachkernen der entgegengesetzten Seite, wobei sie zwischen diesen letzteren in der Mittelinie sich kreuzen. Ausserdem hängen die oberen Oliven noch mit dem vorderen Acusticuskern (Nucleus anter. nerv. acustici nach Meynert), mit dem Abducenskerne und dem Grundbündel des Seitenstranges zusammen.

Die Fasern, welche die oberen Oliven mit dem vorderen Acusticuskern verbinden, treten aus diesen, mit der vorderen Acusticuswurzel sich kreuzend, heraus und verbreiten sich theils in der entsprechenden oberen Olive, theils helfen sie die Querfasern des corp. trapezoideum bilden. Die aus den oberen Oliven in den Abducenskern eintretenden Fasern bilden ein ziemlich starkes Bündel, das dem absteigenden Theile der Facialiswurzel parallel verläuft. Die Verbindung der oberen Oliven mit dem Grundbündel des Seitenstranges wird dadurch hergestellt, dass derselbe an der Uebergangstelle des Rückenmarks in die medulla oblongata sich als selbständiger Faserzug abtheilt und an der Peripherie des verlängerten Markes zwischen der unteren Olive und der aufsteigenden Quintuswurzel bis zur oberen Olive verläuft, wo er auch endigt.

Dieser Zusammenhang der oberen Oliven mit verschiedenen grauen Kernen der Oblongata veranlasst den Verf., ihnen die Rolle eines richtigen reflectorischen Centrums zuzuschreiben. Vor Allem fällt die Verbindung mit dem Abducenskerne auf, welche auf einen Connex dieser Gebilde mit den reflectorischen Bulbusbewegungen hindeutet. Die Verbindung der oberen Oliven mit dem vorderen Acusticuskern deutet die Bahn an, auf welcher Gehörseindrücke reflectorisch Bulbusbewegungen auslösen können. Die Verbindung der oberen Oliven mit dem Kleinhirn kann uns die Entstehung der Störungen in Stellung und Bewegung der Augäpfel, welche bei der Electrisirung und Zerstörung des Kleinhirns auftreten, erklären, während die Verbindung endlich mit dem Grundbündel der Seitenstränge und durch diese mit den Zellen des Vorderhorns auf einen Zusammenhang der oberen Oliven mit den Funktionen anderer Muskelgruppen (vielleicht der gewöhnlich gleichzeitig mit den Augenbewegungen auftretenden Bewegungen des Kopfes) hinweisen.

Hinze (St. Petersburg).

564) **Sikorsky**: Sur la tension des muscles comme substratum de l'attention. (Muskelspannung als Substratum der Aufmerksamkeit.)

(Arch. der Neurol. 1885. Vol. X Nro. 29.)

Die Psychophysik lehrt, dass der Gedanke an eine Handlung oder der psychologische Vorgang des Entschlusses zu einer solchen von einer „vorbereitenden" Innervation der zur Ausführung der betreffenden Bewegungen nöthigen Muskeln begleitet wird. S. fand durch interessante Versuche, dass hierauf die ganze Kunst des neuerdings so viel besprochenen „*Gedankenlesens*" beruht; das heisst: der Gedankenleser hat durch Uebung die Fähigkeit erworben Innervationszustände der Muskeln wahrzunehmen, die bei dem auf irgend eine Bewegung oder Handlung gerichteten Denken entstehen. S. beschreibt die sämmtlichen Künste der Gedankenleser und führt sie exact auf den beschriebenen Vorgang zurück. Er demonstrirte seine Versuche als schon ziemlich gewandter Gedankenleser der St. Petersburger psychiatrischen Gesellschaft. Schoenthal (Heidelberg).

---

465) **Kaufmann** (Strassburg i./E.): Ein Fall von gekreuzter centraler Taubheit. (Berlin Klin. Wochenschr. Nro. 33. 1886.)

Je weniger es zu gelingen scheint, die Frage nach der Lokalisation den Grosshirnfunctionen auf experimentell-physiologischem und vivisektorischem Gebiete zum Austrag zu bringen, um so wichtiger werden für uns alle Fälle, die klinisch genau beobachtet und post mortem anatomisch untersucht, zu einem Einblick in diesen komplizirten Mechanismus beitragen. Ein solcher Fall wurde auf der Strassburger medizinischen Klinik (Prof. Kussmaul) beobachtet.

Eine 79 jährige, aus gesunder Familie stammende, bisher stets rüstige Frau erlitt einen apoplektischen Anfall mit Bewusstlosigkeit und linksseitiger Lähmung. Nach der Wiederkehr des Bewusstseins konstatirte der Arzt Taubheit auf dem linken Ohre, während sie bis dahin auf beiden Ohren gleichmässig gut gehört hatte.

Ebenso fand sich bei der Aufnahme in die Klinik, 9 Tage nach dem Anfalle, ausser verschiedenen Lähmungserscheinungen (linksseitige Hemiplegie, Lähmung des unteren Facialisastes u. s. w.) noch vollständige Taubheit auf dem linken Ohre. Rechts wurde die Taschenuhr in einer Entfernung von 20 ctm. gehört, links selbst beim Anlegen der Uhr direkt an das Ohr gar nichts wahrgenommen; es war hier das Gehör sowohl für das Tick-tack, oder für den Sekundenschlag der Uhr vollständig erloschen.

In der Folge traten dann Delirien, Decubitus und nach 6 Wochen der Tod ein.

Die Section (Prof. Recklinghausen) ergab folgendes:

Medulla spinalis. Linke Pyramidenseitenstrangbahn differenzirt sich durch Undurchsichtigkeit und hellere Färbung bis ins untere Brustmark hinein. „Pyramidenvorderstrangbahnen erscheinen (mikroskopische Untersuchung? Ref.) beiderseits normal."

Gehirn: Basalarterien leicht sklerotisch. Der ramus posticus der rechten Arteria foss. Sylvii oblterirt; hiedurch waren ausser Function gesetzt: „das vordere Drittel der inneren Kapsel, corpus striatum, die Stabkranzfaserung in weiter Ausdehnung besonders in ihren hinteren Partien, fast der ganze Schläfenlappen, der Parietallappen in seiner unteren Hälfte und die Anfänge des Occipitallappens."

Beide Paukenhöhlen und Acustici normal. Die gekreuzte Lähmung führt deshalb K. zurück auf die Durchtrennung der motorischen Bahnen in den vorderen Theilen der Hemisphäre. Ob die centrale Taubheit von der Läsion einer der geschädigten Rindenwindungen abhängig ist, wagt K. nicht zu entscheiden und schliesst mit den Worten: „In Wirklichkeit berechtigt unsere Beobachtung uns nicht, die Läsion der Rindenwindungen überhaupt für die Entstehung der Taubheit anzuschuldigen, da die Nekrose tief in die weisse Markstrahlung hineingriff, und desshalb auch die Deutung zulässig ist, dass in irgend einem Theil der zerstörten Fasergebiete des Hirnmantels, vermuthlich den hinteren Ausstrahlungen des Stabkranzes, die Acusticusbahnen durchbrochen würden". Bastelberger (Eichberg).

---

566) **Jakobsohn** (Berlin): Ueber Paralysis agitans, Schüttel-Zitterlähmung. (Berl. Klin. Wochenschr. Nro. 34. 1886.)

In der vorliegenden Arbeit verwirft J. den Namen „Paralysis" agitans, da es sich nach seinen Untersuchungen bei diesem Prozesse nicht um Lähmungen sondern Spannungserscheinungen handelt; *wir haben es bei der Schüttelähmung mit dauernden, spastischen Muskelspannungen d. h. mit motorischen Reizerscheinungen zu thuen. Da man nun aber die motorischen Reizerscheinungen als Krämpfe bezeichnet, so müssen wir die Namen „Schüttel-Zitterlähmung, Paralysis agitans" fallen lassen und dafür die Bezeichnungen „Schüttel-Zitterkrampf, Spasmus agitans" einführen."*

Unter den Symptomen, die nach seiner Ansicht auf Muskelspannung zurückzuführen sind, nennt J. das Zittern, die Unfähigkeit der Muskeln zu langer und intensiver Arbeit, die Körperhaltung, den starren Gesichtsausdruck, den erstaunten Blick, die spannenden Schmerzen und die verschiedenen Bewegungsanomalien.

J. fasst die Schüttellähmung als ein früh eingetretenes Greisenzittern auf. Bastelberger (Eichberg).

---

567) **Fischer** (Cannstatt): Ueber vorübergehende Lähmung mit EaR im Prodromalstadium der Tabes. (Berl. Klin. Wochenschr. Nro. 34. 1886.)

Die Kenntniss der die Anfangsstadien der Tabes dorsalis begleitenden manigfachen Störungen wird durch fortgesetzte exakte Beobachtungen immer noch vermehrt.

So veröffentlicht F. einen Fall von Tabes dorsalis mit Paraparese verschiedener Fussmuskeln namentlich der Peronei im präatactischen Stadium.

Die ziemlich breit angelegten epicritischen Bemerkungen beschäftigen sich mit der Zusammenstellung der Casuistik der prodromalen

Lähmungen einzelner Skelettmuskeln oder ganzer Extremitäten bei Tabes und mit dem Versuch, einer pathologisch-anatomischen Begründung des Prozesses. In Bezug auf diese letzte Frage kommt F. zu dem Resultate, dass es sich in seinem Falle wohl, „um eine mit dem tabischen Krankheitsprozess in Zusammenhang stehende prodromale parenchymatöse Neuritis“ gehandelt hat. (Bastelberger Eichberg).

---

568) **Strümpell** (Erlangen): Vorübergehende Lähmung des nervus radialis im Anfangsstadium der Tabes. (Berl. Klin. Wchschr. Nro. 37. 1886.)

Unter Bezugnahme auf den oben referirten Fall von Fischer (Cannstatt) beschreibt nun auch St. einen in der Erlanger Poliklinik beobachteten Fall, wo bei einem 55 jährigen Manne (Kellner) ganz plötzlich ohne irgend welche auffindbaren ursächlichen Momente eine vollständige Radialislähmung mit Paralyse sämmtlicher vom nervus radialis versorgten Muskeln des Vorderarms aufgetreten war. Sensibilität vollkommen erhalten. Die elektrische Erregbarkeit war für beide Stromesarten vollkommen unverändert. Bei der Unerklärlichkeit dieses Auftretens wurde nun eine genaue Untersuchung des Patienten nach allen Richtungen hin vorgenommen, und es ergaben sich dabei unverkennbare Anzeichen einer Tabes dorsalis.

Unter elektrischer Behandlung gingen die Symptome der Radialislähmung zurück, und waren nach 4 Wochen verschwunden, während die Tabes unverändert fortbestand.

St. gibt für die im Beginn der Tabes dorsalis entstehenden Lähmungen, wohin auch die häufiger vorkommenden und daher auch seit längerem bekannten und studirten Augenmuskellähmungen gehören folgende Charakteristika an: ihr Auftreten in frühen Stadien der Tabes, der plötzliche Eintritt, das Fehlen aller subjektiven Sensibilitätsstörungen und der gutartige Verlauf mit rascher Heilung.

Bastelberger (Eichberg).

---

569) **Raison** (Paris): Du traitement des phénomènes douloureux de l'ataxie locomotrice progressive par pulvérisations d'éther et de chlorure de méthyle. (Behandlung der Schmerzen bei Tabes mit Aether und Methylzerstäubungen.) (Paris 1886. Volume in 8⁰ de 42 pages. Prix frcs. 2,50.)

Eine Empfehlung der im Titel genannten Behandlungsmethoden gegen die lancinirenden Schmerzen bei der Tabes. Beschreibung des Verfahrens mit guten und schlechten Folgen. Elf Krankengeschichten.

E.

---

570) **E. Moravcsik** (Budapest): Ueber Lyssa auf Grund klinischer Beobachtungen. (Orvosie Hétilap Nro. 32, 33. 1886.)

Verf. theilt sechs mit dem Tode ausgegangene Fälle der menschlichen Hundswuth mit; in fünf Fällen war Hundebiss, in einem Katzenbiss der Grund der Infection. Verf. machte die Erfahrung, dass die Hundswuth eine mit Fieber einhergehende Krankheit ist und dass mit dem Vorschreiten der Krankheit die Temperatur steigt. Die Temp.

war zwischen 38—40° C., Puls: 108—160, Athmung: 30—36. Im Urin war Eiweiss immer vorzufinden, Zucker nie. Die gesammten Sehnenreflexe im Anfange gesteigert, später werden sie immer schwächer, so dass sie kurz vor dem Tode vollständig fehlen können. Die mechanische Reizbarkeit der Muskeln jedoch ist immer gesteigert, selbst bis zwei Stunden nach dem Tode. Die Sinneswerkzeuge sind im Anfange in gesteigerter Reizbarkeit: Der Kranke ist lichtscheu und knirscht die Zähne bei Ertönen der Stimmgabel.

Bei der Section fand man Hyperämie des Gehirns und Rückenmarks, kleinere Blutungen in den grossen Ganglien sowie an der Basis des 4. Ventrikels.

Er versuchte das Chloralhydrat, das Paraldehyd, das Urethan innerlich und subcutan, das Cocain subcutan und local, und das Coniinum hydrobromatum, er beobachtete aber nur vom Cocainum muriaticum (2—4—6 ctgrn.) und vom Urethan (1—2 gm. auf einmal subcutan) wenig Erleichterung.

Von demselben Hunde waren noch vier andere Personen gebissen worden. Verf. hatte Gelegenheit auch diese am Leben gebliebenen zu beobachten; er gelangte zu dem Ergebnisse, dass: 1) die Hundswuth an jenen ausgebrochen ist, bei denen die Verletzung eine geringere war, 2) ärztliche Behandlung (Cauterisation) den Ausbruch nicht beeinflusste: 3) die jüngeren Individuen zum Opfer fielen.

In den mitgetheilten sechs Fällen, brach die Wuth in 23, 62, 68, 73, 83, und 88 Tagen nach dem Bisse aus.

Pollák (Budapest).

---

571) **Tuczek** (Marburg): Zur Lehre von der Hysterie der Kinder.
(Berl. Klin. Wochenschrift Nro. 31 u. 32. 1886.)

Während man früher gewohnt war, die Hysterie immer in ausschliesslichen Zusammenhang zu bringen mit Erkrankungen des weiblichen Genitalapparates und demgemäss therapeutisch verfuhr, ist in neuerer Zeit diese Anschauung insbesondere durch den Nachweis des Vorkommens dieser Erkrankung bei Männern und Kindern, wovon T. zwei sehr bemerkenswerthe Fälle bringt, in ihrer Ausschliesslichkeit unhaltbar geworden.

Die an Details sehr reichen und namentlich in Bezug auf die Entstehung und allmähliche Ausbildung der Krankheit durch unzweckmässige Behandlung äusserst charakteristischen Krankengeschichten, die Verf. in extenso gibt, können hier nur ganz kurz skizzirt werden:

I. Fall. 10 jähriges Mädchen, verwahrlost, erblich belastet, verstauchte sich den Fuss leicht; von da ab der Gegenstand der liebevollsten Pflege der Diakonissenschwestern; ein hysterischer Zustand beginnt sich zu entwickeln, der sich bei unzweckmässiger Behandlung und Verkennung desselben rasch steigert, bis zuletzt das „todkranke Kind" Tag und Nacht auf den Armen herumgeschleppt wird; es behauptet nichts essen zu können, wegen Kinnbackenkrampf, keinen Stuhl zu haben u. s. w., während es in unbewachten Momenten die aufgestellten Leckereien gierig verzehrt und seinen Koth im Ofen verbrennt.

In die Klinik verbracht, gingen unter zweckmässiger psychischer Behandlung die Erscheinungen allmählich zurück.

II. Fall. 17 jähriger, in der Entwickelung stark zurückgebliebener Knabe. In seiner Lehrzeit (Bäcker) erlitt er viele körperliche Misshandlungen (Ohrfeigen, Prügel, einen Schlag mit dem Brodschieber gegen den Kopf, wovon ihm ein „*Othaematom*“ verblieb), zeitweise starker Alkoholgenuss — bis zu $^1/_2$ Liter Branntwein täglich.

Nach einer starken Misshandlung durch Schläge von Seiten seines Meisters brach die Krankheit aus, die gleich mit schwerer psychischen und motorischen Störungen einsetzte, Erschwerung der Sprache, lähmungsartige Schwäche, Tremor, Differenzen in der Facialisinnervation, leichte Pupillendifferenz, Schmerzhaftigkeit der Rückenwirbel auf Druck, auffällige Pulsverlangsammung auf 60—40 Schläge.

Wird nun in die Klinik verbracht, wo ganz allmählich Besserung eintritt. Heilung nach halbjähriger Krankheitsdauer.

Aus den diese beiden Krankengeschichten einleitenden Betrachtungen möchte ich blos noch hervorheben, dass Verf. auf die Schwierigkeit einer exakten Differenzialdiagnose ähnlich verlaufender Erkrankungen hinweist — so viele Fälle von Neurasthenie, Moral insanity etc. und namentlich einen Fall erwähnt, wo sich bei einem jungen Mädchen eine Cerebrospinalmeningitis mit multipler Sclerose hinter allgemeinen hysterischen Symptomen versteckt hatte.

Bastelberger (Eichberg).

---

572) **Max Schüller** (Berlin): Ueber die Massagebehandlung bei Ischias. (D. med. Wochenschr. 1886, 24.)

„Wenn die Massage bei Ischias auch schon gelegentlich angewendet worden ist, so scheint doch ihre Verwendbarkeit bei der Ischias überhaupt im Allgemeinen noch wenig bekannt zu sein, da sie selbst in den gebräuchlichsten Lehrbüchern nicht einmal erwähnt wird. Eine Hinweisung auf dieselbe dürfte deshalb wohl am Platze sein. Ich bin zu dieser Behandlung durch eine hartnäckige Ischias gekommen, welche ich selber mir im Jahre 1882 nach Ablauf der Heilung einer mit Fractur des Condylus internus femoris verbundenen Subluxation des Kniees an diesem früher verletzten Beine zugezogen hatte. Hier hatte die Massage, welche ich nach meinen Angaben ausführen liess, einen merkbaren Erfolg. Doch hatte ich daneben noch den Inductionsstrom und warme Bäder gebraucht. In der Folge liess ich gelegentlich auch Patienten mit Ischias massiren, anfänglich noch stets nur neben dem Gebrauche von Electricität, warme Bädern, Dampfbädern oder Carbolinjectionen. Sehr bald überzeugte ich mich indess dabei von der hervorragenden Wirkung der Massage und habe sie in der letzten Zeit bei der Ischias systematisch durchgeführt. Vom Ende 1884 bis zum Ende des Jahres 1885 habe ich ausschliesslich oder wesentlich mit systematisch durchgeführter Massage 15 Fälle von Ischias behandelt. Nur über diese Fälle will ich hier berichten.

Sämmtliche 15 Patienten waren Männer. Sie gehörten grössten

Theils dem Handwerkerstande, zum Theil dem Kaufmanns- und Beamtenstande an. Der jüngste der Patienten war 25 Jahre alt, einer 26, einer 35, einer 39, die übrigen standen zwischen dem 42. und 63. Jahre. Von den meisten wurde eine heftige Erkältung, starke Durchnässung und dergleichen als Ursache angegeben. Bei einigen konnte dagegen die Ischias ganz bestimmt auf eine traumatische Einwirkung zurückgeführt werden. Bei einem Patienten trat sie nach einer starken directen Quetschung im Verlaufe des Nerven ein, bei zwei andern nach dem Heben relativ zu schwerer Lasten (eines schweren Balkens, einer Kiste). Ein Patient war beim Abspringen von einem Lastwagen ausgeglitten und mit dem einen Beine derart zwischen den seitlichen Stangen des Wagens hängen geblieben, dass der Hüftnerv wahrscheinlich eine starke Zerrung und eine Quetschung gegen den Knochenrand des Foramen ischiadicum majus erlitt. Die meisten Fälle kamen frisch oder nach nur kurzem Bestande des Leidens in meine Behandlung. Nur bei einigen Wenigen war angeblich schon eine Behandlung mit Electricität oder mit Dampfbädern und dergl. vorausgegangen. — Die Erscheinungen der Ischias waren die bekannten. Die Schmerzen und Functionsstörungen in allen Fällen sehr beträchtlich.

In jedem Falle habe ich den Patienten zunächst selber ein- oder einige Male massirt und lies ihn dann genau nach meinen Anweisungen weiter massiren. Zur Massage liegt der Patient mit leicht gebeugten Hüft- und Kniegelenken auf der gesunden Seite. Es wird abwechselnd dem Verlaufe des Hüftnerven entlang theils mit den beiden Daumen, theils mit dem Kleinfinger- oder Daumenballen kräftig in der Richtung von unten nach oben gestrichen, bald mit der geballten Faust geklopft, bald die Muskulatur mit beiden Händen über dem Nerven gedrückt, geknetet u. s. f. Die ersten Massagesitzungen sind regelmässig sehr schmerzhaft. Doch gehen die durch die Massage hervorgerufenen Schmerzen dald vorüber und werden auch gewöhnlich schon nach kurzer Zeit von Sitzung zu Sitzung geringer. Die neuralgischen Schmerzen selber lassen im Gegentheile sehr bald nach. Sie sind meist selbst nach sehr schmerzhaften Massagesitzungen geringer wie vorher, treten weniger heftig auf, werden erträglicher und schwinden allmählich. Die Nächte werden ruhiger. Auch die Gehfähigkeit wird in der Regel nach jeder Sitzung besser. — Die Dauer der Massagebehandlung bis zur definitiven Beseitigung der Ischias betrug bei den oben mitgetheilten, wie angegeben, meistens frischen Fällen, im Durchschnitt $2^1/_2$ Woche. In einem Falle beanspruchte diese Behandlung nur 9 Tage, in mehreren nur 10—14 Tage, so u. A. auch bei einem Herrn, welcher vorher von mir, aber ohne jeden Erfolg mit Carbol-Injectionen und mit dem Inductionsstrom behandelt worden war. Die längste Dauer der Massagebehandlung betrug $5^1/_2$ Woche, übrigens nur in einem einzigen Falle. Hier wurde in den ersten 14 Tagen, täglich, dann nur alle zwei Tage massirt. Ein Patient gab nachdem er fünf Tage massirt worden war, diese Behandlung anfänglich auf, weil ihm die Massagebewegungen zu schmerzhaft waren, und brauchte, nach eigner Verordnung, etwa zwei Wochen Dampfbäder und Electricität. Da ihm dies

aber gar keine Erleichterung verschafft hatte, so kam er wieder zur Massagebehandlung zurück und wurde nun nach $2^1/_2$ Woche vollständig geheilt. —

Ausser diesen 15 Fällen habe ich im vorigen Jahre noch einen Fall von wahrscheinlich auf chronischer Bleivergiftung beruhender Ischias ausser durch Einpackungen etc. etwa vierzehn Tage lang gleichzeitig mit Massage behandeln lassen. Der Erfolg war auch hier im Ganzen gut. Doch ist in *diesem* Falle natürlich nicht zu entscheiden, ob hieran die Massage einen besonderen Antheil hatte.

Nach meinem Dafürhalten eignet sich die Massagebehandlung hauptsächlich für die nach Traumen und die nach einer Erkältungsursache entstandene Fälle von Ischias, während sie bei den von anderen, besonders von centralen Ursachen abhängigen Formen nicht oder höchstens nur gelegentlich einmal, und dann wohl nur neben anderen Mitteln in (Frage kommen dürfte". — (Diese sehr bedeutungsvolle Einschränkung hätte der Herr Verf. aber auch im Titel beachten sollen. Ref.)

E.

---

573) **Ottomar Rosenbach** (Breslau): Ueber nervöse Herzschwäche. (Neurasthenia vasomotoria.) (Bresl. ärztl. Zeitschrift Nro. 15 und 16. 1886.)

574) **Karl Dehio** (Dorpat): Ueber nervöses Herzklopfen.
(St. Petersburger med. Wochenschrift Nro. 31 und 32, 1886.)

Rosenbach versucht der nervösen Herzschwäche, dem bekannten Symptom der allgemeinen Neurasthenie, eine mehr selbständige Stellung zu geben, vor allem aber die Herzneurose in differentiell-diagnostischer Hinsicht zu beleuchten, um sie genau von organischen Erkrankungen des Herzens (Weakend heart, Herzmuskelinsufficienz, Sclerose der Kranzarterien) zu sondern, was ja von grösster prognostischer und therapeutischer Bedeutung ist. Indem wir die ätiologischen Momente als bei unseren Lesern bekannt voraussetzen, geben wir an, dass der Symptomencomplex der nervösen Herzschwäche meist in zwei deutlich markirten Stadium zur Beobachtung kommt, obwohl nicht selten Erscheinungen, die für eines der beiden Stadien charakteristisch sind, zu gleicher Zeit sich bei einem und demselben Kranken zeigen. Im ersten Stadium waltet die Hyperästhesie, die Excitation vor, das zweite bietet das Bild der nervösen Erschöpfbarkeit, der reizbaren Schwäche. Vom Herzklopfen ist oft nur das subjective Gefühl vorhanden und objectiv keine Spur verstärkter Herzaktion wahrzunehmen. Selbstverständlich lässt sich am Herzen objectiv keine Organveränderung constatiren. Das erste Stadium geht nach längerem Bestehen in das zweite, das Depressionstadium über, bei dem die lästigen in die Herzgegend verlegte Sensationen continuirlich werden und die Herzaktion weit unter die Norm sinkt, während Anfälle von Herzpalpitationen selten sind. Der Herzchoc wird unfühlbar, die Herztöne werden schwächer, die Pulswelle nimmt an Höhe und Spannung ab, lauter sichere Beweise dafür, „dass eine beträchtliche Ueberempfindlichkeit neben den sensibelen Herznerven und der die Impulse des Herzens nach dem Centrum leitenden Hautnerven-Bahnen innerhalb der Brustwand besteht. Die Er-

scheinungen der Schwäche am Circulationsapparate sind wahrscheinlich als Folge der Inanition aufzufassen. In der ersten Zeit ist die Diagnose leicht, bei längerem Bestehen kommen als differentiell-diagnostische Kriterien in Betracht: das Ausbleiben der Stauungserscheinungen und vor allem die Continuität der Symptome, während bei organisch bedingten Herzleiden gerade die Discontinuität der Symptome das Charakteristikum bildet. Verf. glaubt, dass bei unzweckmässigem Verhalten, bei fortgesetzter Einwirkung von Schädlichkeiten nach einer Reihe von Jahren die nervöse Herzschwäche sich zu Herzarterien- oder Herzmuskelerkrankung fortbilden kann, da die nervöse Herzschwäche gewissermassen nur das acute, schnell vorübergehende Stadium der Ernährungsstörung darstelle, die bei dauernder Einwirkung die Organe angreife, eine, wie uns dünkt, anfechtbare und unbewiesene Behauptung. Das Wesen des Leidens ist in Hinsicht auf die erhöhte Reflexerregbarkeit und leichte Ermüdbarkeit der einzelnen Apparate, mit dem Worte „reizbare Schwäche" charakterisirt und prognostisch und therapeutisch nach den Grundsätzen der Neurasthenie überhaupt zu behandeln, allerdings unter vorwiegender Berücksichtigung der psychischen Seite, indem die hypochondrischen Ideen der sich für Herzkrank haltenden Individuen zu bekämpfen sind.

Von einer anderen Seite fasst Dehio das Thema an; sein Zweck ist nachzuweisen, dass nicht alles, was mit dem Namen des nervösen Herzklopfens bezeichnet wird über einen Kamm geschoren werden darf. Die Krankheitsbilder, welche D. gibt sind im Wesentlichen dieselben, wie sie Rosenbach beschreibt. Neu und instruktiv sind die sphygmographischen Curven, die der Verf. zahlreich aufgenommen und aus denen er seine Schlüsse zieht. Zwei verschiedene Kategorien von Pulsbildern und Pulsveränderungen lassen sich ohne grosse Mühe unterscheiden. Es kommen dabei folgende Veränderungen zu Stande: erstens ist die Frequens der Pulsschläge gesteigert, zweitens ist die Pulswelle höher als gewöhnlich und je höher die Welle, desto steiler auch der folgende Abfall. Hervorgerufen werden diese Veränderungen durch eine Beschleunigung der Schlagfolge des Herzens und eine gleichzeitige Beschleunigung der Ventrikelcontractionen. Durch ein Beispiel mit Atropininjectionen wird zu beweisen versucht, dass bei den betr. Fällen eine Beschleunigung der Herzthätigkeit ohne Herabsetzung des Blutdruckes und ohne Herabsetzung des Tonus der Arterienwandungen vorlag. Dies gilt für die eine Kategorie; bei der anderen, bei welcher die Curven das typische Bild des dicroten resp. unterdikroten Pulses darboten, wird nicht bloss eine Steigerung der Frequenz der Herzschläge, sondern gleichzeitig auch eine Verminderung des arteriellen Gefässtonus und eine Herabsetzung des Blutdruckes namentlich durch Vergleichung der Curven von Riegel und Wetzel bei Fiebertemperaturen angenommen.

Als Erklärung wird eine vorübergehende Lähmung oder Parese des herzhemmenden Nervenapparates herangezogen und vermuthungsweise ausgesprochen, dass die Anfälle des nervösen Herzklopfens auf einer vorübergehenden in Anfällen auftretenden Parese oder Verminde-

rung des Tonus des medullären herzhemmenden Centrums beruhen. Da das nervöse Herzklopfen in der Mehrzahl der Fälle ein Symptom der allgemeinen Neurasthenie ist, deren centrale Natur ja bekannt ist, so hat die Erklärung einige Wahrscheinlichkeit für sich. Wodurch diese Parese aber bedingt wird, ob reflectorisch von der Peripherie her, ob vom Gehirn aus, wie weit eine neuropathische Disposition hier eine Rolle spielt, darüber gibt uns Verf. im vorliegenden Aufsatze keine Aufklärung. — In anderen Fällen ist nach d. Verf. neben dem medullären Herzblutungscentrum gleichzeitig auch das medulläre vasomotor. Centrum in den Zustand einer vorrübergehenden Parese verfallen. Da somit alles darauf hinweist, dass der Sitz der Störungen in der Medulla oblong. gelegen ist, so nimmt Verf. eine Verknüpfung beider Centren durch direkte Fasern mit einander an, und glaubt, dass in solchen Fällen von Herzpalpitation, wo der Blutdruck *nicht* gesunken ist, die lähmende Ursache *nur* auf das regulatorische Herzcentrum eingewirkt hat, während in den Fällen mit gleichzeitiger Verminderung des Gefässtonus die Hemmungswirkung vom Herzcentrum auf das Gefässcentrum gleichsam übergeflossen ist oder sich auf dasselbe irradiirt hat. Die das Herzklopfen begleitenden sensibelen und sensorischen Störungen erklärt Verf. aus der allgemeinen Herabsetzung des Gefässtonus und des Blutdrucks.

Goldstein (Aachen).

---

575) **Séglas**: Fait pour servir à l'histoire de la thérapeutique suggestive. (Behandlung mit Suggestion.) (Arch. de Neurol. 1885. Vol X Nro. 30.)

Eine seit Jahren an hysterischer Psychose und Anfällen in Form der grande hystérie leidende 30 jähr. Frau wurde, nachdem bis dahin jede Therapie fruchtlos, durch systematische Anwendung der Hypnose, bezw. Suggestion (34 Sitzungen) „vollständig" geheilt. Bezüglich der Details der sehr ausführlich wiedegegebenen Beobachtung und der an sie geknüpften Schlüsse muss auf das Orginal verwiesen werden. Sehr bemerkenswerth ist unter Anderem, dass die Hypnose auch auf der Höhe von maniakalischen Paroxysmen gelang.

Schönthal (Heidelberg).

---

576) **Gilles de la Tourette**: Étude sur une affection nerveuse, characterisée par de l'incoordination motrice, accompagnée d'écholalie et de coprolalie. (Jumping, Latah, Myriachit.) — (Eine Neurose, bestehend in uncoordinirten, unwillkürlichen Bewegungen mit Echolalie und Coprolalie. (Arch. de Neurol. 1885 Nro. 25, 26.)

Der Verf, der früher (cfr. d. Centralbl. 1885. Nro. 10) einen auf der Charcot'schen Klinik beobachteten Fall mit eigenthümlichen nervösen Störungen beschrieb, die an einen von verschiedenen Autoren (Beard, Hammond) beobachteten und mit verschiedenen Namen (Jumping, Latah, Myriachit) belegten Zustand erinnerten, fügt diesem Fall 9 weitere, zum grossen Theil eigene Beobachtungen dieser choreaähnlichen Neurose hinzu und giebt auf Grund dieses Materials das

Krankheitsbild dieser merkwürdigen nervösen Affection. Die Krankheit ist characterisirt durch unwillkürliche, incoordinirte brüske, stossende Zuckungen einzelner Theile der Körpermuskulatur, durch Echolalie d. i. das unwillkürliche Wiederholen eines oder mehrerer gerade in der Umgebung des Kranken gesprochener Worte, und drittens durch das Symptom der Coprolalie, d. i. ebenfalls gegen den Willen des Kranken erfolgendes Ausstossen von Worten schmutzigen, obscönen Inhalts. Manche Kranke zeigen blos das erste Symptom, das der unwillkürlichen Bewegungen. — Der Beginn der Krankheit fällt meist in ein sehr frühes Lebensalter (6—16 Jahr): es treten zuerst unbedeutende, dann stärker werdende choreatische Zuckungen im Gesichte oder den Extremitäten auf: Beugen und Strecken der Finger, Zucken der Schulter, Grimassiren des Gesichts, plötzliche Sprünge (Jumping); die Zuckungen sind sehr brüsk und schnell, (in dieser Beziehung sich schon sehr von den gewöhnlichen der Chorea unterscheidend), unmöglich, sie zu unterdrücken. Psychische Erregung verstärkt sie, der Schlaf bewirkt Besserung bis zu vollständigem Verschwinden; intercurrente fieberhafte Krankheiten bewirken vorübergehende Besserung, auch spontane Remissionen werden beobachtet. Im übrigen ist das körperliche Befinden dabei gut, psychische Störungen sind nicht vorhanden, die Sensibilität und die Functionen der übrigen Sinnesorgane bleiben normal.

Diese motorischen Symptome können für sich allein das ganze Krankheitsbild ausmachen. Bei den meisten Kranken gesellten sich jedoch nach mehr weniger-langer Zeit (allerdings oft spät) die oben genannten merkwürdigen Symptome hinzu. Der Kranke beginnt eines Tages, während die motorischen Störungen gerade sehr stark sind, unarticulirte Laute, während die choreatischen Zuckungen erfolgen, auszustossen; später werden diese Schreie articulirt, und zwar werden stossweise mehrere Male hintereinander ein bestimmtes Wort, meistens jedoch ein oder mehrere eben von Anwesenden ausgesprochene Worte echoartig wiederholt; aber auch schon der blosse Anblick eines Gegenstandes giebt oft Veranlassung, den Namen desselben mehrmals hintereinander laut auszusprechen. Neben dieser „Echolalie der Worte" besteht häufig auch noeh „Echolalie der Handlung", d. h.: die Betreffenden müssen mit unwiderstehlicher Gewalt eine gesehene Geste oder Handlung nachahmen, jedem ihnen gegebenen Befehl Folge leisten, indem sie dabei *zugleich* den gegebenen Befehl mit lauter Stimme wiederhole (z. B. man ruft: „jette le" — der Kranke wirft blitzschnell, was er in der Hand hat, weg, mehrmals „jette le" dabei wiederholend.) Das dritte Symptom, das der Coprolalie ist noch characteristischer nach G.'s Ansicht pathognomonisch für diese Zustände; die Kranken stossen mitten in der Unterhaltung, in der feinsten Gesellschaft, natürlich ganz gegen ihren Willen die ihnen selbst widerwärtigen Worte aus; das Phänomen findet sich bei beiden Geschlechtern.

Die *Aetiologie* dieser Zustände anlangend, so spielt die Heredität die grösste Rolle, als occasionelles Moment erscheint öfters psychische Erregung (Furcht, Schreck) wirksam. — Das männliche Geschlecht scheint häufiger, als das weibliche betroffen zu werden. Der *Verlauf*

der Krankheit ist ein sehr langwieriger und hartnäckiger.
tionen und Remissionen sind häufig, Heilung bis jetzt nicht b
Die *Diagnose* bietet keine Schwierigkeiten; differentialdi
käme (besonders in der ersten Zeit, wo (s. o.) die motorisc
tome für sich allein bestehen), die gewöhnliche Chorea in
von deren Zuckungen sich die dieser Neurose jedoch wie erwä
das stossweise, brüske, explosionsartige ihres Zustandekomm
scheiden. Die *Therapie* ist bis jetzt völlig aussichtslos; a
bewährten sich Hydrotherapie, Isolirung, roborirendes Re
Electrotherapie. Schoenthal (Heidelb

---

577) **Charcot** et **Magnan**: Onomatomanie.
(Arch. de Neurol. 1886. Nro. 29.)

Die Verfasser beabsichtigen nicht, mit dem obigen Na
neue Krankheit zu belegen, sondern wollen nur die Aufme
auf eine Symptomengruppe lenken, bei der ein Wort oder
eine hervorragende Rolle spielen, indem sie typische Angs
hervorzurufen im Stande sind. Es sind fast ausschliesslich He
die von diesen Zuständen heimgesucht werden, Personen deren ps
Gleichgewicht stets etwas labil (les déséquilibrés) und bei d
gewöhnlich auch sonstige hereditäre Degenerationsersch
sexuelle Perversion, Zweifelsucht, Berührungsfurcht, hypoch
und neurasthenische Beschwerden finden. Die Onomatomanie
in verschiedener Weise äussern: 1. Mit Angstzuständen einhe
Zwang, nach einem dem Gedächtniss entfallenen Namen oder
suchen. 2. Ein Wort drängt sich zwangsmässig auf (l'obsession
Kranke hat den unwiderstehlischen Zwang, es zu wiederholen.
dere Betonung bestimmter Worte im Verlaufe der Unterhaltung
wisse Worte haben hinwiederum eine praeservative, schützende
5. Das Wort wird für den Kranken zu einem greifbaren K
hat es verschluckt, es drückt ihn im Magen und er sucht
Räuspern und Spucken an die Luft zu befördern. Der
hat in all diesen Fällen Krankheitsbewusstsein; er klagt ü
absurden Vorstellungen, kann aber ihrer nicht Herr werden.
Schluss geben Verff. 7 Krankengeschichten, in denen es sich
erste der oben aufgezählten Abarten der Onomatomanie hand
die anderen Abarten weitere Mittheilungen in Aussicht stelle
Illustrirung der Zustände seien hier kurz einige derselben sk

I. Hereditäre Belastung; von Jugend auf eigenartig in
und Character; mit 18 Jahren Melancholie; später sexuelle P
nen; dann von Zeit zu Zeit Depressionszustände, theilweise
cidialdrang einhergehend; eines Tages plötzlich auftretender
nach einem Namen bezw. Wort zu suchen; hochgradige Angst,
nach dem Finden des Namens verliert; Steigerung des Zustand
sich über Namen und Vornamen jedes Beliebigen quälen; spä
selbe Spiel mit Zahlen, muss Alles zählen, die Zahl der Teller
Tisch, die Bissen auf dem Teller, die Kerne in der Frucht
endlich auch Fragesucht, über das „Unendliche“.

II. Neuropathische Frau; Neuralgia intercostalis; hypochondrische Vorstellungen; bald nachher im Anschluss an traurige Familienereignisse ängstlicher Zwang, vor einiger Zeit gehörte Worte oder Phrasen wieder zu finden; höchste Angst und Verzweiflung bis zum Wiederfinden derselben. Ist schliesslich ganz beherrscht von diesem Vorgang und theilweise nicht im Stande, etwas Anderes zu denken oder zu thun.

III. Erbliche Belastung, von Jugend auf sehr psychopathisch; hatte einmal einen melancholischen Zustand von $^1/_2$ jähriger Dauer, später einige Tage lang ein hallucinatorisches Delir. Qualvolles Suchen nach Namen (von ehemaligen Bekannten, von Begegnenden, von in der Zeitung Gelesenen, von Städten u. s. w.) Anlegen eines „Heftes" zum Aufschreiben und Nachschlagen und beständiges Mitnehmen eines Wörterbuches. Später auch qualvolles Bemühen, gesehene Physiognomien sich wieder vorzustellen. In diesem Fall trat eine sehr wesentliche Besserung ein. Das „Heft" und das „Wörterbuch" finden sich in mehreren der Beobachtungen als von den Kranken angewandtes Praeservativ. (Wie man sieht lassen sich eigentlich alle diese Zustände in die Categorie „Zwangsvorstellungen" der Deutschen Autoren einreihen. Ref.) Schoenthal (Heidelberg).

---

578) **Régis** (Bordeaux): Un cas de paralysie générale à l'âge de dix-sept ans. (Paralyse im Alter von 17 Jahren.)

(L'Encéphale Bd. V. Heft 5.)

R. der schon früher (L'Encéphale 1883) Paralyse bei einem 19 Jährigen beschrieb, hatte neuerdings Gelegenheit, den Fall einer im 17. Lebensjahre aufgetretenen Paralyse zu beobachten. Der Kranke war ein uneheliches Kind, erblich sehr belastet, *als Kind von seiner Amme syphilitisch inficirt*. Im 17. Lebensjahre trat rechtsseitige Ptosis auf, zugleich leichte Abnahme der Intelligenz; bald darauf manische Unruhe und Sprachstörung, triebartiges Onaniren; später rasch zunhemende Demenz. Bei Aufnahme in die Ansalt hochgradiger Blödsinn ohne Spur von Grössendelir; Sprachstörung, Zittern der Zungenmuskulatur, Pupillendifferenz u. s. w. Eine energische antisyphilitische Cur war durchaus erfolglos; Tod 4 Jahre nach Beginn der Krankheit. Section wurde nicht gemacht. Auffällig war in den letzten Stadien der Krankheit das Auftreten vieler Ecchymosen am Auge und an beliebigen, dem Druck ausgesetzten Körperstellen.

R. knüpft an diesen Fall epicritisch verschiedene Bemerkungen: zunächst die *Syphilis* anlangend, so schliesst er aus der Erfolglosigkeit der antisyphilitischen Behandlung in diesem wie in vielen anderen Fällen von Paralyse, bei denen frühere Lues nachweisbar, während bei anderen Fällen dieser Categorie die antisyphilit. Behandlung sehr oft (? Ref.) Erfolge hat, — dass man zweierlei Fälle annehmen müsse: 1. eine klassische Paralyse bei Luetischen, unabhängig von der Syphilis. 2. die syphilitische Pseudoparalyse (Fournier) d. h. Zustände, die ganz das Symptomenbild der progr. Paralyse bieten, aber antiluetischer Behandlung weichen. Indess meint R. selbst schliesslich, dass die Frage noch controvers und nicht mit Sicherheit zu entscheiden sei.

Das ungewöhnlich frühe Lebensalter in dem Falle besprechend, bemerkt Verf., dass die Beobachtungen von „vorzeitiger" Paralyse neuerdings häufiger werden; das mittlere Alter des Auftretens der Paralyse wird nach seinen und Anderer Beobachtungen immer niedriger. (R. constatirt ein Herabgehen des Mittels von 45 auf 38.) — Ferner ist die Häufigkeit der Paralyse im Ganzen überall in erschreckender Weise im Wachsen begriffen; (in manchen Anstalten bis zu $^1/_3$ aller männlichen Kranken!) die Thatsache steht allem Anschein nach mit den zunehmenden Ansprüchen der modernen Civilisation an das Hirnleben in unzweifelhaftem Zusammenhang.

Schoenthal (Heidelberg).

---

597) **C. J. von Persyn**: Verslag betreffende het Gesticht Meerenberg over het jaar 1885. (Jahresbericht der Anstalt Meerenberg.)
(Haarlem 1886., 114. S.)

In ausführlicher Weise werden die gewöhnlichen Angelegenheiten der Anstaltsberichte dargelegt, Nachrichten über die baulichen Anlagen, das Personal und die Kranken.

Vom Jahre 1884 waren verblieben	448	Männer,	471	Frauen.
Aufgenommen wurden	58	„	41	„
Geheilt entlassen wurden	9	„	14	„
Gebessert wurden	4	„	4	„
Ungeheilt wurden	5	„	3	„
Gestorben sind	38	„	27	„
Mit letztem Decbr. 1885 verbleiben	450	„	464	„

In verschiedenen Tabellen werden die statistichen Angaben vorgeführt, die *dabei* verwendete Eintheilung der Krankheitsformen lautet: *1. Mania acuta, 2. Mania chronica, 3. Melancholia agitans, 4. Melancholia attonita, 5. Stupiditas post maniam, 6. Hallucinationes, 7. Insania cyclica, 8. Insania epileptica, 9. Insania hysterica, 10. Insania moralis, 11. Vecordia (Wahnsinn), 12. Paralysis cerebri, 13. Dementia.*

Einen grossen Theil des Berichtes nehmen die ausführlichen Nachrichten über die Verstorbenen ein, bei denen meistens Sectionen gemacht worden waren.

Darauf folgen Angaben über Gottesdienst und Unterricht, Arbeit (mehr als die Hälfte der Kranken war beschäftigt worden) und Unterhaltung, schliesslich über Zwangsmittel. Isolirt mussten werden:

einmal	88	Männer,	64	Frauen,
für einige Tage	66	„	39	„
auf länger	26	„	24	„

Abgesehen von *Isolirung* wurden keine Zwangsmittel angewendet, als Fixirung im Lehnstuhl mittelst eines Handtuches bei schwachen, gelähmten oder unbehülflichen Kranken.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

577) **J. von Rohacek:** Aerztlicher Bericht der kgl. kroat. Landesirrenanstalt Stenjevec für's Jahr 1885.

Zahl der Betten 250. Im Nothfall können bis 300 Kranke aufgenommen werden. Höchster Krankenbestand 303 Kranken (161 M. 142 W.) niedrigster 266 (134 M. 132 W.), durschnittlicher Krankenbestand per Tag 284.

Bestand Ende 1884 waren 286 Kranke (151 M. 135 W.); dazu kamen im Laufe des Jahres 1885: 174 Kranke (110 M. 64 W.) d. i. 51 Kranke (26 M. 25 W.) im Verhältniss zum Vorjahr mehr. Entlassen wurden im Ganzen 119 (79 M. 40 W.). Gestorben sind 77. (50 M. 27 W.). Es blieben mithin in Behandlung 269. (137 M. 132 W.) d. i. 17 Kranke weniger als Ende 1884.

Von den Entlassenen sind vermerkt als geheilt 7 (2 M. 5 W.), gebessert 76. (44 M. 32 W.) beurlaubt 7 (5 M. 2 W.), der häuslichen Pflege übergeben 3 M., transferirt 7 M., entwichen 14 (13 M. 1 W.) Von den Gebesserten kamen 6 (5 M. 1 W.) im Laufe der ersten 5 Monate wieder zurück, von den Entwichenen wurden 6 der Anstalt wieder zugeführt. Drei Frauen wurden in der Anstalt entbunden. Eine davon kehrte mit ihrem Kinde gesund nach Hause zurück.

Von den 460 (261 M. 199 W.) im Jahre 1885 verpflegten Kranken litten an Manie 45 M. 44 W., Melancholie 23 M. 44 W., Verrücktheit 77 M. 46 W., Demenz 51 M. 41 W., Paralyse 34 M. 13 W., Epilepsie 31 M. 11 W.; überwiegend sind die Ledigen 218 (139 M. 79 W.). Die Verheiratheten sind 187. (100 M. 87 W.) Die Meisten waren erkrankt im Alter von 25 bis 30 Jahren (42 M. 27 W.) und 40 bis 45 Jahren 35 M. 34 W. Die höchste Zahl lieferte die ländliche Bevölkerung 208 (104 M. 104 W.); dann Handwerker 73, Tagelöhner 32, Dienstboten 25. Bemerkenswerth sind 5 Geistliche, 10 Lehrer und Professoren. Von den in Abgang gebrachten Kranken war für 48 die Verpflegsdauer bis 3 Monate, für 40 bis 6 Monate, für 20 bis 9 Monate, für die übrigen bis 5 Jahre.

Von den 77 Verstorbenen befanden sich 26 (also ein Drittel) bis zu 1 Jahre in der Anstalt, 8 waren über ein Jahr, 8 über 2 Jahre, 10 über 3 Jahre, 12 über 4 Jahre, 13 (also ein Sechstel) über 5 Jahre. Die 2 ältesten in der Anstalt noch bis jetzt in Verpflegung stehenden Patienten sind ein Mann (seit 1855) und ein Weib (seit 1861).

Unter den Todesursachen steht Tuberculose obenan mit 30 Fällen (theils direct, theils indirect.) Reine Dyseneterie 7, complicirte 6. Unter den Paralytikern sind 18 Todesfälle verzeichnet.

Für die hohe Sterblichkeit werden schlechte Anlage der Anstalt, Mangel einer guten Calnalisation, Ueberfüllung der Anstaltsräume, schlechte Kost, Pauperismus, Paralyse, Dysenetrie verantwortlich gemacht.

Unter den Ursachen zur Psychose werden hauptsächlich Noth und Elend in 177 Fällen (102 M. 75 W.) genannt; dann folgt Affect uncomplicirt bei 27 M. 39 W., abusus spirituosorum uncomplicirt bei 29 M. 2 W., Heredität uncomplicirt bei 15 M. 35 W.. Recidive waren 74 (41 M. 33 W.).

Viehwirthschaft auf 7987. Besucht wurden in 11 Monaten 137 Kranke von ihren Angehörigen pp. 337 mal.

Vom 15. November 1879 als dem Tage der Eröffnung der Anstalt bis 31. Dezember 1885 wurden im Ganzen aufgenommen 889 (532 M. 357 W.). Von diesen wurden entlassen als geheilt 47 (18 M. 29 W.), gebessert 237 (139 M. 98 W.), beurlaubt 16 (13 M. 3 W.), der häuslichen Pflege übergeben 51 (35 M. 16 W.), transferirt 26 (19 M. 7 W.). Entwichen sind 19 (17 M. 2 W.), gestorben 224 (154 M. 70 W.). Gesammt-Abgang 620 (395 M. 225 W).

Die Anstalt besitzt als sehr nachahmenswerthe Einrichtung einen Unterstützungsfond für arme aus der Anstalt als genesen oder gebessert entlassene Geisteskranke, der seit 1880 aus Strafgeldern, Schenkungen und deren Interessen auf 2390 fl. 48 Krz. angewachsen ist.

Neuendorff (Bernburg).

580) **Motet**: Débilité mentale, perversion morale, adultère etc. (Geistige Schwäche, moralische Perversion, Ehebruch; Gutachten.)

(L'Encephale 1885 Bd. V. Heft 3.)

Interessanter Fall von Moral-Insanity auf exquisit heridärer Basis: Bruder und Schwester des Vaters sind geisteskrank, die Cousine ähnlich geartet wie die Inculpatin selbst, der Bruder hochgradig psychopathisch. Von der frühesten Jugend an war die aus guter Familie stammende Person nervös, eigensinnig, reizbar, später in den verschiedensten Pensionaten durch ihre Faulheit und früh erwachte Lüsternheit sich unmöglich machend, zu Hause ganz undisciplinirbar. Im 14. Lebensjahre mit Eintritt der Menstruation hysterische Anfälle mit Delirien. Mit 16 J. heirathet sie einen Mann ihrer Wahl, hielt sich während des Brautstandes ganz gut. Auf der Hochzeitsreise zeigte sie sich jedoch alsbald excentrisch, jähzornig und scheusslich obscön. Nach der im 3. Monat der Ehe eingetretenen Schwangerschaft verhält sie sich nur kurze Zeit besser. Schon bald nach der Entbindung kümmerte sie sich gar nicht mehr um Kind und Gatten, ergab sich in ganz gemeiner Weise sinnlichen Excessen und Liebesabenteuern der gewöhnlichsten Sorte; wurde häufig gegen den Mann heftig und thätlich, verwundete ihn einmal mit einem Messer; vom Vater zu sich genommen, bedroht sie diesen mit dem Revolver, schlägt und beisst ihn. Im Gefängniss zeigt sie sich ohne jede Einsicht, spricht sich sehr schamlos über ihr Treiben aus, macht ihren Mann ohne Grund für ihr Verhalten verantwortlich, geräth beim Examen in heiter-schwachsinniger Weise vom Hundertsten in's Tausendste; ist ohne jede Spur besserer Gefühle, in ihren Anschauungen ganz kritiklos; dabei stets kokett und obscön. Das Gutachten weist den vorhandenen intellectuellen und moralischen Defect auf, erklärt aber die Zurechnungsfähigkeit nicht als aufgehoben. Verurtheilung wegen Ehebruchs zu einem Monat, Freisprechung von dem Vergehen der Körperverletzung.

Schönthal (Heidelberg).

582) **Cullerre** (Roche-sur-Yon): Des perversions sexuelles chez les persécutés. (Ueber Perversität des Geschlechtstriebes bei Verfolgungswahn.) (Ann. méd. psycholog. März 1886.)

C. theilt fünf Krankengeschichten mit, in denen perverse geschlechtliche Empfindungen und Triebe sowie Erscheinnngen psychischer Degenerescenz vorhanden waren. Die sexuell gefärbten Wahnideen sind ihrer Entstehung nach auf die krankhafte Störung der sexuellen Funktion zurückzuführen. Die Psychose ist demnach den hereditären Formen beizuzählen. Otto (Dalldorf).

---

583) **Paul Guder** (Jena): Die Geistesstörung nach Kopfverletzungen unter bes. Berücksichtigung ihrer gerichtsärztlichen Beurtheilung. (Jena 1886. 107 Seite M. 2,40.)

Unter Beifügung einer reichlichen Casuistik, welche er zum Theil in 4 Tabellen am Schluss zusammengestellt hat, bespricht Verfasser die traumatischen Psyschosen, indem er sich im Allgemeinen an die Gruppirung von Krafft-Ebing's hält. Besonders ausführlich behandelt er die in forensischer Beziehung bisher wenig beachteten, aber sehr beachtungswerthen leichteren Formen der acuten primären traumatischen Geistesstörung (Schüle), welche von Kr.-E. nicht beachtet und auf welche erst Wille aufmerksam gemacht hat. Sie interessiren den Gerichtsarzt besonders wegen der guten Prognose gegenüber der grossen Mehrzahl der übrigen traumatischen Psychosen. Während man früher annahm, die primäre traumatische Geistesstörung verlaufe stets als Blödsinn oder als Blödsinn mit Lähmung, kennt man seit Wille noch folgenden Symtomen-Complex:

Nachdem durch das Trauma das Bewusstsein geschwunden, kehrt es vorübergehend zurück. Dann folgen Somnolenz und hallucinatorische Angstzustände. Später werden die Kranken ruhig, zeigen mancherlei Innervationsstörungen, klagen Kopfschmerz und genesen schliesslich mit einer Errinnerungslücke für das Trauma. (Wenn Verf. im letzten Theile der Arbeit meint, dass auf solche Fälle wie auf die geheilten Psychosen überhaupt §. 224 des R.-Str.-G.-B. nicht anwendbar sei, dass dieser vielmehr Unheilbarkeit postulire, so befindet er sich im Widerspruch gegen anerkannte juristische Autoren, cf. Schwarze, Commentar zum Str.-Gb.- 1884 S. 636, Oppenhof 1877 S. 439. — Ref.).

Bei der *subacuten* Form der primären traumatischen Psychose (Schüle), welche der 1. Gruppe von Kr.-Ebing's entspricht, folgte auf die Commotio cerebri Bewusstlosigkeit, Sopor, Coma, darnach Gedächtnissschwäche, veränderte Gemüthsstimmung, vermehrte Reizbarkeit, Schlaflosigkeit oder Schlafsucht, Intolleranz gegen Alcohol, Schwindel, Kopfschmerz, Aufregungs- und Depressionszustände mit ängstlichen Delirien, subjective Gehörs- und Gesichtswahrnehmungen, motorische Störungen; häufig Stupor mit Hallucinationen und triebartigen Handlungen (Angriffe auf sich selbst und auf die Umgebung); zuweilen chronische Melancholia agitata. Remission und periodische Widerkehr aller Symptome ist ganz gewöhnlich. Fast alle Fälle enden in Blödsinn, der oft mit motorischen Störungen (Lähmung) combinirt ist.

Zuweilen ist das primäre traumatische Irresein nicht durch die mechanische Störung bedingt oder nicht durch diese allein, sondern durch die zugleich mit dem Trauma eingetretene Gemüthsbewegung. In diesen Fällen ist das Gedächtniss weniger geschwächt. Die meisten derselben betreffen hereditär belastete Individuen.

In der 1. Tabelle hat Verf. 45 Fälle von primär traumatischem Irresein zusammengestellt. Von ihnen gehören 7 — mit 6 Heilungen — der acuten Form an. Von den 34 subacuten Fällen blieben 18 ungeheilt, während 13 starben und 3 gebessert wurden. In den übrigen 4 Fällen hatte der Insult nicht bloss mechanisch, sondern auch psychisch gewirkt; sie heilten sämmtlich.

Das *secundäre* traumatische Irresein ist viel häufiger als das primäre. Meist ist es Dementia paralytica. Der Nachweis des Zusammenhangs zwischen Psyschose und Trauma ist hier oft schwer zu führen. Die Prognose ist stets ungünstig. — Die Verletzten werden bald nach dem Trauma *verändert.* Sie werden schreckhaft, zerstreut, ängstlich, vergesslich, zanksüchtig, unstät, zu Excessen in Bacho et Venere disponirt; durch diese Excesse wird die Hirnreizung gesteigert. Fast alle haben allgemeine oder auf die verletzte Stelle beschränkte Kopfschmerzen. Sehr häufig periodische Steigerung nach Remission. Unter Zunahme der Exaltation oder in der andern Reihe der Fälle, der geistigen Schwäche wird die Psychose immer klarer, bis schliesslich Blödsinn mit oder ohne Lähmung besteht. Die Tabelle II enthält 14 hierher gehörige Fälle.

Ueber die 3. Kategorie von Kr.-Ebing's spricht der Verf. hier relativ wenig, mehr in dem gerichtsärztlichen letzten Abschnitte. Manche Autoren zählen zu ihr Fälle, welche eigentlich zur 2ten gehören. von Krafft-Ebing selbst sagt, dass auch oft, wo der Verletzte anscheinend gesund aus der Reconvalescenz nach der Kopfverletzung hervorgeht, der scharfsinnige Beobachter gewisse Aenderungen des Charakters findet, Annomalien, welche dem Verunglückten vor der Verletzung fremd waren. — Daneben gibt es Fälle, in welchen die Geistesstörung nach einem ganz freien Intervalle ohne weiteres occasionelles Moment auftritt und die Section den Zusammenhang zwischen ihr und der Kopfverletzung beweist. — Bei den wirklich zur 3ten Kategorie von Krafft-Ebing's gehörigen Fällen wird der Gerichtsarzt die Gelegenheitsursachen der Psychose, für welche die Kopfverletzung die Disposition gegeben hatte, zu erwägen haben.

Die *mit Epilepsie complicirten Fälle* haben stets schlechte Prognose. Entweder entsteht Ep. zugleich mit der Psychose unmittelbar nach der Verletzung, — oder die Ep. gesellt sich erst später zur Psychose, — oder die Psychose entwickelt sich erst in Consequenz der Epilepsie, welche durch die Kopfverletzung verursacht worden war. Die letzte Art ist forensisch oft deshalb schwierig zu begutachten, weil die Psychose durch eine Kopfverletzung verursacht sein kann, welche zufällig, wie es häufig geschieht, in einem epileptischen Anfall entstanden ist. (Auch in diesem Falle wäre übrigens die Psychose strafrechtlich als eine Folge der ursprünglichen Kopfverletzung anzusehen, Ref.)

(Koppe), deren Prognose besser ist, da sie manchmal durch eine chirurgische Operation geheilt werden können, — und endlich über die *psychischen Alterationen nach Eisenbahn-Unfällen*. Letztere entwickeln sich zuweilen zu Dem. paralytica. Sie bestehen gewöhnlich in gesteigerter Empfindlichkeit gegen Sinneseindrücke, grössere Reizbarkeit des Gemüths, gedrücktere Stimmung, erschwertem Denken, Kopfschmerz etc.

Die *pathol. anatomischen* Befunde bei traumatischen Psychosen sind natürlich sehr verschieden. Das gänzliche Fehlen solcher Befunde rechtfertigt nicht den Ausschluss des traumatischen Ursprungs der Psychose.

Für die event. *Heilbarkeit* traumatischer Psychosen durch Trepanation bringt Verf. in Tabelle III sechs Fälle aus der Literatur und im Texte ein von ihm beobachteten Fall.

Oft werden in der Strafrechtspflege die traumatischen Psychosen nicht erkannt. Von 8 Fällen, die der Verf. referirt, waren die Angeklagten in 6 verurtheilt worden. Der fortschreitende Schwachsinn, die pathologischen Affecte nach Alkoholgenuss, die grosse Reizbarkeit etc. werden meist unrichtig gedeutet und die Psychose wird oft erst nach der Verurtheilung constatirt. In Tabelle IV hat er 14 solche Fälle aus einer Arbeit Delbrücks zusammengestellt.

Wie bei der Beurtheilung solcher zweifelhafter Fälle zu verfahren sei, bringt Verfasser in dem letzten Theile, welcher für den Gerichtsarzt noch zahlreiche andere interessante Details enthält, (u. A. über § 224 des St.-G.-B., über Entschädigungsansprüche etc.) in Betreff deren auf der Original verwiesen werden muss.

Hauptmann (Gleiwitz).

IV. Aus den Vereinen.

I. Physicalisch-medicinische Gesellschaft zu Würzburg.

(Münch. medicin. Wochenschr. Nro. 32 und 35. 1886.) Sitzung vom 17. Juli 1886.

584) **Seifert:** *Ueber eine seltene Ursache von Reflexneurosen.*

Vortragender ist der Ansicht, dass die Nase zuweilen als Ausgangspunkt von Reflexneurosen zu betrachten sei, indem der Trigeminus die Reflexbahn darstellt. Er hat einen sehr interessanten Fall beobachtet, in welchem asthmaähnliche Zustände reflectorisch durch eine von der Zunge ausgehende Neubildung hervorgerufen wurden. Eine 38jährige Frau kam in S.'s Behandlung mit einer Pharyngitis granulosa. Zu den localen Beschwerden gesellten sich asthmatische Anfälle, Athemnoth und das Gefühl von Druck im Halse. S. entdeckte mit der Sonde eine an einem langen dünnen Stiel befestigte Neubildung an der Zungenbasis, welche mit der Polypenzange entfernt wurde. Seit dieser Zeit sind Druckgefühl und asthmatische Anfälle verschwunden. Die Geschwulst stellte ein Papillom dar, dessen Stiel sehr dünn, aber reichlich mit Gefässen durchzogen war.

Der Vorgang des Reflexes wird vom Vortrag. in folgender Weise dargestellt: Für gewöhnlich lag das Papillom in einer Vertiefung an der Zungenbasis, konnte aber vermöge seines langen Stieles beim Schlucken, Räuspern und ähnlicher Bewegungen herausgehoben oder gleichsam herausgeschleudert werden und konnte sich, wenn die Epiglottis sich nahe der Zungenbasis befand, auf die Hinterfläche dieser auflagern. Diese Berührung nun stellte einen intensiven Reiz dar und es wurde daneben w[illegible] Bewegung der Epiglottis gehemmt, durch welche beide Momente es zur Auslösung von Anfällen respiratorischer Dyspnoë kam.

585) **Fütterer:** *Beitrag zur pathologischen Anatomie der Grosshirnrinde.*

Das Gehirn einer 64jährigen Frau, die mit der Diagnose „Delirium acutum“ zur Section kam, wurde vom Vortrag. microscopisch untersucht. Die Frau war nicht erblich belastet, auch keine Potatrix. Im Hospitale, wegen Schlaflosigkeit aufgenommen, zeigte sie neben tonischen und klonischen Krämpfen, hochgradige Erregung. Sie verweigerte die Nahrung und starb nach drei Wochen. An der Grosshirnrinde konnten etwa 15 Herde festgestellt werden, welche an der Grenze zwischen Rinde- und Marksubstanz liegend, besonders die inneren Theile der ersteren einnahmen. Ihre Grösse variirte von 1 mm. — $1/_2$ cm. im Durchmesser; keilförmig von Gestalt war ihre Farbe gelblich-weiss. Makroscopisch sah man *gelbe* Stellen, microscopisch liess sich feststellen, das die Markscheiden der Nervenfasern im ganzen Umfang des Herdes völlig fehlten, während die Axencylinder erhalten waren. Letztere verliefen wie feinste, goldglänzende Fädchen durch den Herd und hatten theilweise einen welligen Verlauf, zeigten sogar zuweilen kurze Abknickungen. In der Mitte der Herde fand sich ziemlich regelmässig ein grösseres Blutgefäss. Dieselben pathologischen Befunde constatirte F. noch bei einem zweiten Fall von Delirium acutum und weiterhin noch in der Umgebung eines erbsengrossen tuberculosen Knötchens der Grosshirnrinde. Die Ursache der gefundenen Atrophieen sucht Vortr. in einer anhaltenden congestiven Hyperämie, die im Gehirn ja sehr bald zur Stauungshyperämie wird.

(Sitzung vom 31. Juli 1886.)

586) **Rieger:** *Ueber Behandlung von Lähmungen und Contracturen.*

Der Vortragende zeigt die Anwendung einer einfachen von ihm construirten Vorrichtung zum Zwecke der methodischen *Dehnung* contrahirter Muskeln. Dieselbe besteht in einer durch Schrauben mit feinem Gang genau regulirbaren mit Gummischeiben versehenen Klammer, die an einem Tische unverrückbar, jedoch so fixirt ist, dass ihre Lichtung bald horinzontal, bald vertikal gestellt werden kann. Die *bewegliche* Extremtiät kann in der Klammer stets zum punktum fixum gemacht werden, während der Rumpf und damit die zu behandelnden Theile gegen dies Punktum fixum bewegt werden. Auf diese Weise kann der Patient auch mit *gelähmten* Gliedern ohne fremde Hilfe passive Bewegungen ausführen. Bei einer Patientin von 10 Jahren

tion des Kopfes, den contracturirten Musk. sternocleidomastoideus wieder zu seiner normalen Länge zu dehnen.

Goldstein (Aachen).

II. Verein der Aerzte in Steiermark.

Sitzung am 8. August 1886. (Section Deutsch-Landsberg.)

587) Aus einem sehr praktischen Vortrag, den Herr Dr. **Kratter** über einige interessante gerichtsärztliche Fälle hielt, heben wir folgenden hervor: *Tetanus traumaticus in Folge eines Steinwurfes.* Ein achtjähriger Schulknabe war von einem anderen Knaben durch einen Steinwurf angeblich leicht verletzt. Die Verletzung wurde vom Knaben als auch von den Eltern nicht beachtet. Der Knabe besuchte die Schule wie früher. Am zwölften Tage nach erhaltener Verletzung trat Tetanus traumaticus auf, und zwei Tage später erlag der Knabe demselben. Die Kopfwunde, die verklebt und sehr klein war, drang nicht nur durch die Weichtheile, sondern ging bis zur innern Glastafel. In diesen kleinen Wunden fanden sich sehr kleine Stückchen von einem Strassenschotterstein eingekeilt, welche die Ursache waren, dass der Tetanus traumaticus zum Ausbruche kam. Aerztliche Hilfe wurde erst bei Beginn des Tetanus gesucht. Die Eltern wurden wegen Vernachlässigung der ärztlichen Hilfe angeklagt.

M.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Owinsk, (Posen), Assistenzarzt, 1500—2000 M. und freie Station. 2) Zwiefalten (Württemberg), Assistenzarzt, Oktober, 1400—1600 M. und freie Station. 3) Osnabrück, Assistenzarzt, sofort, 900 M. und freie Station. 4) Königslutter (Braunschweig), dritter Assistenzarzt, 1000 M. und freie Station. 5) Brieg (Schlesien), II. Arzt (unverheirathet!), 1. Novbr., 2400 M. und freie Wohnung etc. 6) Görlitz (Privat-Anstalt des Dr. Kahlbaum), Assistenzarzt. 7) Thonberg bei Leipzig (Privat-Anstalt des Dr. Güntz), II. Assistenzarzt.

Um Einsendung von Separat-Abdrücken an den Herausgeber wird freundlichst gebeten.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 18).

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

9. Jahrg. 15. October 1886. Nro. 20.

Inhalt.

I. Originalien.

Lose Blätter aus meiner Unterrichts-Mappe.

Von Dr. W. TH. v. RENZ.

Als Vorstand des in Würtemberg einzigen Landesbadespitals (Katharinenstift) zu Wildbad, bin ich veranlasst, alljährlich einen neuen Assistenz-Arzt und bei meinen Kranken-Vorstellungen, welche ich während des Sommers den hier zur Cur weilenden Aerzten nicht selten angedeihen lasse, meist auch diese Aerzte möglichst rasch in den centralen Sattel zu setzen. Diese Umstände bringen es mit sich, dass ich auf didaktische Mittel zu sinnen gezwungen bin, welche in unserer Zeit der detailirtesten Einzelnforschung den Lernenden in kurzen Zügen gewisse Ueberblicke zu verschaffen geeignet sind. Dabei entwickeln sich dann für mich während des Unterrichts oft ganz unwillkürlich Individual-Ansichten heraus, die ich nachher, wenn sie mir der Fixirung werth erscheinen, nieder schreibe. Beide, die Uebersichten wie die Ansichten,

sind, wie gesagt, aus *meinen* Bedürfnissen und meinen Beobachtungen heraus ganz allein *meinem* Kopfe entwachsen, ich übernehme deshalb auch ganz allein ihre Verantwortung. Sollte es sich fügen, dass manches Einzelne vom diesem oder jenem Autor auch schon gerade so behauptet und irgendwo literarisch niedergelegt worden ist, so schadet das entfernt nichts. Im Gegentheil sollte es mich nur freuen, wenn Andere da und dort schon zu demselben *Denk*-Resultate gekommen sind, wie ich, und bürgt mir dies zugleich dafür, dass meine Ansichten der wahren Wirklichkeit und wirklichen Wahrheit nicht all zu ferne stehen dürften. Somit zur Sache! —

1. Woher und wozu die motorische Faserkreuzung in den nervösen Central-Organen?

Es wird wohl einmal die Zeit kommen, wo der Licht-Aether, als ontogenetische „essentia formans" des ganzen Nervenapparates oder, was dasselbe heisst, die Bildung und Ausbreitung des Nervensystems als eine „Function des *Lichtäthers*" aufgefasst werden wird. Der erste Schritt zur Prüfung dieser Frage wäre dann gemacht, wenn von der *Zoologie* ein Postulat, das ich sofort formuliren will, als eine der Wirklichkeit entsprechende Thatsache bestätigt würde. Dasselbe lautet:

„Nur Thiere, deren Augen Sammellinsen haben, zeigen auch Kreuzung der Nervenfasern in den Central-Apparaten."

In Augen mit Sammellinsen werden durch virtuelle Kreuzung der Lichtstrahlen Bilder auf die retina geworfen, welche

1) das „rechts" in „links"

u. 2) das „oben" in „unten"

verkehrt zeigen. Hiedurch entstünde für unseren nervösen Willens-Apparat eine uns mit der Wirklichkeit in Conflict bringende optische Täuschung, wenn nicht jene *virtuelle* „Licht"-Kreuzung durch eine zweite, eine *materielle* „Faser"-Kreuzung korregirt würde, mittelst deren zunächst das Retina-rechts oder -links wieder in ein Object- links oder rechts umgekreuzt würde. Dabei steht aber im Gehirne selbst d. h. in den Central-Windungen und deren Umgebung der Mensch, wie dies auf dem Retinabild der Fall ist, noch auf dem Kopfe (*untere* Extremitäten: *oben* bis in die Paracentralläppchen hinauf; *Zunge*: unten in der 3. Frontalwindung). Dies wird korrigirt durch das, was ich

2., das Gesetz des Längsfaser-Verlaufs im Rückenmarke

nennen will. Da nämlich das Rückenmarck nicht als Trichter, sondern als Conus aufhört, so ist es ganz einfach ein *Postulat* der constructiven Logik, dass (nach geschehener Kreuzung) die für die cranialwärts gelegenen Körpertheile bestimmten Faserzüge mehr *peripher* im Marke liegen, während die für die caudalwärts gelegenen Theile bestimmten Fasern am *Centralsten* gelegen sein *müssen*. Diese centralsten Fasern gehören hiernach der Coccygeal-, der Anal- und Urogenital-Gegend an, denn betrachten wir, als Neurologen,

3., die Körper-Enden,

so dürfen wir eigentlich nicht, wie dies im gewöhnlichen Leben geschieht, sagen: „Vom Scheitel bis zur Zehe", sondern bei uns heisst es: „Vom Scheitel bis zum Steisse" (!). —

4. *Das motorische System.*

Seit 4 Jahren lehre ich und habe auch gespräch und viel Folgendes mitgetheilt:

Für den physiologisch denkenden Pathologen b rische System mit den Rinden-Zellen der Centralwi deren Umgebung und endigt mit den Muskeln. Dasselb Abschnitte:

A., einen *centralen* (cerebrospinalen) welcher cerebri beginnt, seinen bekannten Weg durch die in Hirnschenkelfuss und die Brücke nimmt, des Weite der Pyramidenbahn führt, und schliesslich in den (diese jedoch *ausgeschlossen*) endigt;

B., einen *peripheren* (spinomusculären) Abschn den Vorderhornzellen inclusive beginnt, als „vordere geht und in (bezw. mit) den Muskeln, (welche sammt selbst nervoese Organe sind) endigt.

Die functionelle Differenz beider wird durch stellung der Symptome, je nachdem der eine oder der auf irgend einer seiner Etappen laedirt wird, bis zu Es stellt sich dabei ein geradezu überraschender Symptome heraus; es folgen nämliche auf Läsionen

a., des *centralen* Abschnitts:	b., des *periphe*
1., Steigerung der Sehnenreflexe,	1., Aufhebung de
2., spastische-Lähmung,	2., schlaffe Lähn
3., keine oder nur Inactivitäts-Atrophie der Muskeln,	3., degenerative M
4., keine oder nur quantitative Veränderung der electr. Reaction.	4., Entartungs-Re

Keiner meiner Ueberblicke so sehr, als wie de hat schon seit Jahren auf viele junge wie alte Colle ihn mittheilte und denen es über Spinalleiden überha die zur Modefrage gewordene Differenz zwischen Pol multipler neuritis noch etwas diffus im Kopfe war, e erlösenden Eindruck gemacht. Ich werde an einem and näher darüber äussern, dass es ausser polio myelitiden auch *„rhizitiden“* (Entzündungen der *Wurzeln*) gebe, letzteren bisher merkwürdiger Weise in diesem ganzen die Rede war. Hier nur noch Einiges Andere.

5. *Gekreuzte Lähmungen.*

Bei pontin oder bulbaer bedingten gekreuzten Lä die gleichseitige und die contralaterale Lähmung *keineswegi*

a., *central* (im Sinne von 4, A) ist *nur* die *cont* mung, während als

b., *peripher* (im Sinne von 4, B) die *gleichseitige* pontinen bezw. bulbären Nerven) nachzuweisen und auf

6. *Die Steigerung der Reflexe* (vergl. 4, a, 1) lässt sich sofort dadurch veranschaulichen, dass man eine *tri*polare Ganglienzelle zeichnet. Der erste Aus- (bezw. Ein-) läufer bedeute die sensilbe (afferente) Faser, der zweite, gegenüber liegende, die motorische (efferente oder periphere im Sinne von 4, B) und der dritte zwischen den beiden vorigen nach oben abgehende Ausläufer die centrale Faser im Sinne von 4, A. Diese letztere Faser wird während des reflectorischen Reizvorgangs selbst ebenfalls als efferent gedacht. Hat sie aber den Reiz zum motorischen Hirn-Rindenbezirk fortgepflanzt und Willensreaction veranlasst, so tritt von dort her auf derselben Bahn eine rückläufige sog. hemmende Willens-Bewegung ein. Wir haben es also auch vom Standpunkte der Ganglienzellen aus auf dieser Bahn abwechselnd bald mit efferenter sensibler bald mit afferenter (corticaler) Reizfortpflanzung zu thun. Sind nun alle 3 Ganglien-Ausläufer intact, so *theilt* sich der periphere Impuls, nachdem er durch die sensible Faser in die Ganglienzelle gelangt ist, in *zwei* Theil-Ströme, von denen der eine durch die motorische Faser zum Muskel abfliesst und dort eine *normale* Reflex-Zuckung veranlasst, während der andere Theilstrom durch die centrale Faser der Gehirn-Rinde zugeht, um dort einen Willensimpuls auszulösen. Ist nun aber die centrale Faser irgend wie (durch Trauma, Degeneration etc.) theilweise oder ganz leitungsunfähig, so kann wenig oder nichts mehr vom peripheren Reizstrom durch sie zum Gehirn abfliessen, es fliesst desshalb — dem Princip der Constanz der Kraft entsprechend — der sensible Reiz nahezu oder ganz ungetheilt durch den efferenten motorischen Ausläufer zum Muskel ab und veranlasst daselbst eine um so *gesteigertere* Reflexbewegung, je leitungsunfähiger die Centralfaser der Ganglienzelle ist.

7. *Die Unterarten der Entartungs-Reaction,*

machen mir je länger je mehr den Eindruck, als wären sie als *Misch*-Reactionen von normaler Reaction einer- und completer Entartungs-Reaction andererseits desshalb aufzufassen, weil in solchem Falle *nicht alle* zu einem Muskel führenden Fasern degenerirt sind. Ist dies bei einem *peripheren* motorischen *Nerven* schon von vorneherein einleuchtend, so gilt dies nicht weniger auch von rhizitischen oder poliomyelitischen Prozessen. Es steht nämlich fest, dass die meisten Skelet-Muskeln aus 2, 3, ja einige sogar aus 4 Wurzeln, bezw. Rückenmarks-Segmenten ihre Innervationsfasern erhalten. Sind nun nicht alle die im gegebenen Falle engagirten Wurzeln erkrankt, so kann keine complete Entartungs-Reaction, sondern es muss eine mehr oder weniger starke *Mischung* von normaler und completer Entartungs-Reaction. also eine Art „Mittelform“ (Erb) entstehen.

8. *Intermediaere Ganglien überhaupt.*

Es ist wohl die Zeit nicht mehr fern, wo man die intermediaeren Ganglienhaufen im Ganzen und Einzelnen (die Spinalganglien, Clarke'sche Säulen, Vorderhorn-Zellen, Bulbaerkerne etc.) als ebenso viele besondere „*Relais*-Batterien“ im Systeme der elektrischen Nerventelegraphie des Körpers auffassen und verstehen lernt.

Froriep und später Wiedersheim gegenüber geäussert, dass ich die beiderseitige sog. Clarke'sche Säule für das spinale Centrum (den sensibeln Spinal-Kern) des sog. *sechsten Sinnes*, *„des Aequilibrial-Sinnes“*, welcher hiernach auch den höheren Wirbelthieren und dem Menschen zu vindiciren wäre, ansehe. Wer nämlich den Verbreitungsbezirk der sog. „Seitenlinien“ z. B. einer Salamanderlarve ansieht, wird sich sofort sagen müssen, dass diese am Rumpfe des Menschen der vordern und hintern Begrenzungslinie der Rr. perforantes laterales der Nn intercostales entsprechen. Nun wird zwar das sog. Seiten-Organ jener Amphibien von einem Vagus-Aste, einer Art nervus collector versehen, während beim Menschen nichts der Art stattfindet. Aber es haben die Clarke'schen Säulen im Rückenmarke der höheren Wirbelthiere und des Menschen genau dieselbe Lage, wie weiter oben in der Medulla oblongata die beiderseitigen *hinteren Vagus*kerne. Wenn wir nun die Clarke'schen Säulen als eine Art hinterer *Vagus*kerne des *Rückenmarks* für die Rr. perforantes laterales der Intercostal-Nerven ansehen, so wäre die Differenz zwischen höheren und niederen Wirbelthieren einfach die, dass die letzteren aus ihrem hoch oben gelegenen Vaguskerne einen *Nervus* collector entsenden, dessen Aeste die Seitenorgane versehen, während erstere ausser dem bulbaeren hinteren Vaguskerne noch eine diesem analoge *Columna* collectrix (die Clarke'sche Säule) durch das *Rückenmark* hinabverlängern, deren Aeste auf dem Wege der hinteren Wurzeln als Rr. perforantes laterales der Intercostal-Nerven ihre periphere Ausbreitung finden. — Diese Annahme wird noch ganz besonders dadurch gestützt, dass nach Flechsig die Kleinhirnseitenstrangbahn ihren spinalen Ursprung in den Clarke'schen Säulen zu nehmen scheint. Hiernach wären dann die Clarke'schen Säulen das intermediaere *spinale* Centrum des sog. *„Aequilibrial-Sinnes“*, welcher durch die Rr. perforantes laterales (und deren Analoga) seine *periphere* Ausbreitung gewinnt, im cerebellum aber sein *cerebrales* Centrum hat.

10. Ueber Vorderhorn-Kerne.

Schon vor Jahren hat Remak die Vermuthung ausgesprochen und theilweise begründet, dass auch die Vorderhorn-Zellen sich zu motorischen „Funktionskernen“, wie ich sie nennen will, gruppiren. Mir wird es je länger je mehr zur Ueberzeugung, dass die ganze sog. „Vorderhornsäule“ des Rückenmarks aus lauter neben und übereinander gelagerten „Funktionskernen“ zusammengesezt sei. Ja! solche *generale* Funktionskerne können sogar in sich wieder in *Special*-Kerne gegliedert sein. So hat, wie ich an einem andern Orte zeigen werde, der *nervus extensorius* der oberen Extremität, der *nervus radialis*, wenn, seiner *einen General*function der „Extension“ entsprechend, auch *ein* General-Kern (ein nucleus extensorius s. radialis) im Cervicalmarke vorhanden sein sollte, jedenfalls innerhalb dieses Generalkerns, diesen zusammensetzend, 3 *Special*kerne. Ich nenne

a., den ersten den „*Anconaeuskern*". Seine Faserelemente fliessen durch die 7. und 8. Cervicalwurzel in die Gruppe der Anconaeusmuskeln ab.

b. den zweiten nenne ich den *Supinatorenkern*. Er sendet seine Elemente durch die 5., 6. und 7. Cervicalwurzel aus.

c. den dritten kann man füglich den „*Bleikern*" nennen. Seine Faserelemente kommen aus dem 7. und 8.*) Cervical- und dem I.*) Thoracal-Kerne und gehen zu den Extensoren der Hand und der Finger.

11. Ueber Auffindung centraler Heilmittel.

Wenn ich soeben von einem cervicalen *Bleikerne* des n. radialis sprach, so bin ich, ohne mich dabei auf Rademacher'scher Fährte zu ertappen, alles Ernstes der Ansicht, dass es nicht nur Substanzen giebt, welche eine *generale* s. v. w. Wahlverwandtschaft**) (einen generalen „*Wahlbezug*") zu Ganglienzellen überhaupt oder doch zu gewissen Hauptarten von Ganglienzellen haben (wie dies z. B. beim Strychnin gegenüber den multipolaren Ganglienzellen bezw. den spinalen Vorderhornzellen und ihren bulbären Analoga der Fall ist,) sondern dass bestimmte Substanzen auch einen *speciellen* Wahlbezug zu speciellen Nervenkernen haben. Die Erfahrung hat ja längst schon *für* diese Ansicht entschieden. Wem fallen da als eines der eclatantesten Beispiele nicht sofort die „Emetica" ein, welche das in der Medulla oblongata supponirte „Brech-Centrum" erregen. Es ist nun für die Behandlung centraler Leiden entschieden zu bedauern, dass in unserer Zeit des Thierexperiments nicht auch — wenigstens als eine Art *Vor*versuch — *systematisch* ein Versuchsweg betreten wird, welcher der Burcq'schen Metalloskopie zwar verwandt aber schon vor ihm in einer viel weiter gehenden Weise von dem allgemein als trefflichen Menschen anerkannten, wenn auch als „Seher" vielverrufenen Justinus Kerner bei seiner unter dem Namen der „Seherin von

---

*) Ich habe mir aus dem dem rein *didaktischen* Grunde besserer Uebersichtlichkeit angewöhnt, die 31 Spinal-Nerven je nach *Region* abwechselnd mit arabischen und römischen Zahlen zu schreiben. Ich schreibe demgemäss stereotyp:

1.—8. Cervical Nerv.
I.—XII. Thoracal „
1.—5. Lumbal „
I.—V. Sacral „
Cocc. = n. coccygeus.

Ich kann Lehrern und Schülern diese Schreibweise nur empfehlen, und es wäre gewiss sehr wünschenswerth, wenn sie allgemein würde. Schon Viele, die das Erleichternde, das in ihr liegt, an sich und anderen erfahren haben, sind mir für die Mittheilung dieses didaktischen Hilfsmittels noch nach Jahren dankbar gewesen.

**) Da dieser Ausdruck schon in der Chemie verbraucht ist, und ein Ausdruck, welcher die schulmässig plattgetretene Bezeichnung „specifisch" in sich enthielte, kaum empfehlenswerth sein dürfte, so möchte vielleicht dafür das Wort „*Wahlbbeziehung*" oder kürzer „*Wahlbezug*" sich eignen.

Prevorst" bekannten Hysterica betreten worden ist. Nachdem ich schon zu Anfang des Jahres 1878*) die *nothwendige* Wiederkehr des nun als „Hypnotismus" bezeichneten sog. thierischen Magnetismus mit aller Bestimmtheit vorhergesagt hatte, (eine Vorhersage die noch zu Ende jenes Jahres durch das nachmalige Auftreten Hansen's in Erfüllung ging,) schrieb ich im Jahre 1879**): „Wer unter den Prüfern der Metalloskopie sich soviel Objectivität bewahrt hat, um auch hinter den schwärmerischen Verirrungen eines Mannes noch dessen redliches Streben nach Erforschung der Wahrheit gelten lassen zu können, dem empfehle ich in Justinus Kerner's „Seherin von Prevorst" (erste Auflage 1829 S. 62 ff.) das Capitel, welches von den „Verhältnissen der Seherin zur *physischen Aussenwelt*" handelt. Dort wird er *Manches* finden, was sich zur *Nach*prüfung an *Hysterischen* empfiehlt. Ist auch seiner Zeit mit Mesmer, Kerner, Reichenbach u. A. das deutsche Ross der Phantasie durchgegangen, so muss doch jeder Unbefangene die Genialität ihrer Conceptionen anerkennen. Kehrt später so ein deutsches Phantasie-Ross, nachdem es seinen deutschen Reiter abgesetzt hat, als dürrer Kläpper langsamen Schritts irgend aus der Fremde her wieder in die Heimath zurück, so bemerkt auf einmal erst der deutsche Verstand der Verständigen, dass das Thier doch eigentlich auf dem Boden laufe und nicht so ganz in der Luft schwebe. Wie dürr ist z. B. nicht zuweilen dieser scheinbare neue französiche Einkömmling „Metalloskopie" gegenüber jenen schon vor 30, 50 und 100 Jahren aus der deutschen Heimath nach Frankreich etc. entwichenen Ausreissern?" — Möchte auch dieser einst von mir ausgesprochene Wunsch bald in Erfüllung gehen! Leider habe ich das hierzu geeignete Kranken-Material in meinem Spitale nicht zur Verfügung; Andere aber haben es. Jeder Nervenarzt, der viel mit Hochnervösen zu verkehren hat, wird gleich mir längst zu der Ueberzeugung gelangt sein, dass wir durch Thierversuche, ja selbst durch Versuche an Gesunden, allein nimmer zu den so wünschenswerthen *topischen* Centralmitteln im Sinne des von mir oben sogenannten speciellen Wahlbezugs kommen werden, es sei denn, dass wir uns dazu entschliessen, durch Vorversuche an Hochnervösen eine Art Leitfaden für unsere pharmakologischen Beobachtungen am gesunden und kranken Menschen und für unsere Thierversuche zu gewinnen. Handelt es sich ja doch bei diesen Kerner'schen Contact-Versuchen *keineswegs* um Schwindel. So äusserte sich über dieselben z. B. Consulent Titot, welcher seine Mineraliensammlung Kerner zur Verfügung stellte, u. A. folgendermassen†): „Meistens legte ich der Kranken selbst die Mineralien in die Hand und Dr. Kerner blieb in einiger Entfernung davon am Tische sitzen, beobachtete den Erfolg und schrieb ihn nieder. Daran, dass die Kranke Alles genau so

---

*) Heilkräfte der sog. indifferenten Thermen. S. 22.

**) 2. Aufl. derselben Schrift. S. 165 f.

†) L. ç. I Th. pag. 75 ff. Ich mache darauf aufmerksam, dass in späteren Auflagen (es sind deren 5 bis 1877) dieses Capitel viel kürzer gehalten und desshalb die erste Auflage vorzuziehen ist.

kungen, welche die Mineralien auf die Somnambule hatten, meistens für andere Personen ebenfalls wahrnehmbar waren, z. B. Krümmung, Schlaf, magnetische Anziehung, *dass einige Mineralien, z. B. Magneteisenstein, Serpentin, ausgeglühter Schwerspath, auch auf andere nervenschwache Leute ähnliche Einwirkungen hervorbringen, endlich dass die wiederholten Versuche stets dasselbe Resultat hatten.*" — „Sie kostete keinen Stein, und dennoch konnte sie angeben, dass der Flussspath sauer, dass der salzsaure Baryt herb schmecke. Ja, wenn man ihr Salz auf die Hand legte, erregte es ihr Speichelfluss, und gab man ihr Kupfer in die Hand, so bekam sie ein Reissen im Leibe und einen Reiz zum Erbrechen, als wenn sie es verschluckt hätte".

12. *Vergleich zwischen vordern und hintern Wurzeln.*

Die vorderen und hinteren Wurzeln sind weder physiologisch (Bell'sches Gesetz) noch aber auch ontogenetisch und pathologisch gleichartige Nervenbündel. Das Rückenmark hat nämlich bei der Ontogenese die Vorderhornkerne (Vergl. Nro. 10) in seiner grauen Substanz zurück behalten; dagegen hat es (die Clarke'schen Säulen und einige Solitaer-Zellen ausgenommen) seine Hinterhornzellen in Form von *Spinal-Ganglien* nach aussen gestülpt und bleibt mit diesen durch langgezogene Fasern, welche eben die hinteren Wurzeln repräsentiren, in Verbindung. Während nun die Vorderhornkerne mit den vordern Wurzeln, wie wir bereits sub 4 sahen, zum *peripheren* Abschnitte des „*motorischen* Systems" gehören, die „*vorderen Wurzeln*" also bereits die Anfänge *peripherer*, motorischer, *Nerven* sind, haben in den *hinteren Wurzeln* in nennenswerther Weise nur die — nach unserer Auffassung (vergl. Nro. 9) von den Rr. perforantes laterales und ihren Analogis herkommenden und — zu den Clarke'schen Säulen ziehenden Faserelemente dieselbe *periphere* Bedeutung, das Gros der Faserzüge in den „hinteren Wurzeln" aber entspricht dem über das Rückenmark hinaus verlaufenden *centralen* Abschnitte des „*sensiblen* Fasersystems". Durch sie und ihre sodann *intra*medulläre Fortsetzung stehen *sensibler*seits die Spinalganglien in analoger Verbindung mit bestimmten Gehirntheilen, wie — *ganz* intramedullär — die Vorderhornkerne durch die sog. *Pyramiden*fasern mit den Centralwindungen und ihrer Umgebung in Communication stehen. —

Wer die vorstehende Darstellung mit der von Nro. 9 zusammen nimmt, wird finden, dass sie durchaus im Einklange mit den Resultaten der *Wurzeldurchschneidungen* stehen, ja letztere überhaupt erst erklären. Ich habe schon vor vielen Monaten Edinger geschrieben, dass seine Darstellung, wonach die Durchschneidung der hinteren Wurzeln auch eine Degeneration der Kleinhirnseitenstrangbahn zur Folge haben sollte, unmöglich richtig sein könne. Erst jüngst in Berlin — gelegentlich der Naturforscherversammlung — liess er mir sagen, dass ich Recht hätte.

13. *Die periphere Projection des Rückenmarks.*

Wie ich demnächst in einem im Drucke befindlichen Werke im Detail ausführen werde, theile ich, dem dorsalen und ventralen Aste jedes Rückenmarksnerven entsprechend, die periphere Projection des Rückenmarks in ein *dorsoneurales* und ein *ventroneurales* sowohl *Haut-* als *Muskel*-Gebiet*). —

14. *Die neurologische Stellung des M. splenius.*

Die Innervation dieses auch in der Pathologie eine Rolle spielenden Muskels bedarf, wie ich vor bald einem Jahre schon Rüdinger gegenüber geäussert habe, einer neueren *anatomischen* Bearbeitung. Er scheint mir der M. serratus cervicis et capitis oder jedenfalls ein Uebergangs-Muskel zu sein. Die eigentlichen Mm. serrati postici sind nämlich (in meinem Sinne) *ventro*-neurale Muskeln, während die neueren Anatomen (Luschka ausgenommen) den M. splenius colli et capitis rein *dorso*-neural sein lassen; ja! H. Meyer und Gegenbauer lassen ihn sogar *nur* vom *N. occipitalis major* versorgt sein, was jedenfalls unrichtig ist. Nach den älteren Anatomen (z. B. Bang, Günther, Portal u. A.) und nach Luschka würde er *sowohl* dorso- *als* ventroneurale Bezüge erhalten.

15. *Der N. occipitalis major*

wird gewöhnlich nur als *Dorsal*-Ast des *n. cervic. 2* aufgefasst. Dies ist ganz sicher unrichtig. Wie am Caudal-Ende so treten auch am Cranial-Ende die Ventral- und Dorsal-Aeste zusammen, um dem jeweiligen Kuppenschlusse der Neuralröhre sich anzuschmiegen. In der That erhält der n. occipitalis major vom *Ventral*-Aste des 1. u. 3. n. cervicalis sehr nennenswerthen Succurs. —

16. *Die ontogenetische Stellung des Diaphragma.*

Wie bekannt, wird seit Schneider der M. transversus abdominis nicht als ein eigentlich parietaler, sondern als ein dem Peritonealsacke angehöriger (parietaler) *Visceral*-Muskel angesehen, der seinen thoracalen Ausläufer im M. triangularis sterni hat. Vom *neurologischen* Standpunkte aus scheint es mir nun das wahrscheinlichste, dass das *Diaphragma* ursprünglich das Hals-Analogon des queren Bauchmuskels gewesen ist. Der n. phrenicus bezieht seine Elemente bekanntlich vor Allem vom 4. aber auch vom 3., ja zuweilen noch vom 5.—7. Cervical-Nerven. Wie kommt nun dieser Nerv dazu einen so langen Weg durch die *Brust*höhle hinunter zu machen? — Das herabsteigende Herz und die herabwachsenden Lungen haben einfach ihren ursprünglich zum Pericardial- und Pleurasacke gehörigen Visceralmuskel, der eine Art „M. transversus colli" war, soweit umgelegt und herabgedrängt, dass er zur muskulösen Scheidewand zwischen Brust- und Bauchhöhle geworden ist. — His, dem ich diese Auffassung jüngst in Berlin mittheilte, hält dafür, dass sie ganz wohl die richtige sein könnte.

---

*) Ich sehe dabei von den Projectionen in den N. sympathicus, die Knochen, Gelenke u. s. w. ab.

taugen für den Unterkörper nichts. Richtig sind nur die Bezeichnungen in den oberen Regionen, also: plexus cervicalis (N. cerv. 1—4) und plexus brachialis (N. cerv. 5—8 und n. thor. I). Dagegen muss der sog. plexus lumbo-sacralis *unfehlbar* in folgende zwei Hauptplexus zerfällt werden:

a. plexus lumbo-ischiadicus (N. lu 2 — n Sa II).

Dieser die *ganze* untere Extremität versorgende Plexus ist das *einzig* richtige Analogon des plexus brachialis. Er mag, wenn man will, in zwei Subplexus zerfällt werden:

α. Subplexus *lumbalis* (N. lu 2 — 1/2 n la. 4.)
β. „ *ischiadicus* (1/2 N. lu 4 — n Sa II.)

b. plexus finalis trunci (Sa III—V n. Cerv.)

Dieser Schlussplexus des Körpers hat mit der unteren Extremität als solcher rein nichts mehr zu schaffen. Er versieht diejenigen Regionen, welche beim Fötus als Cloake und Schwanz-Ende bekannt sind. Beim *Frosche* ist er durch einen einzigen, den 10. und zugleich letzten Spinal-Nerven vertreten. Ecker gab demselben den ganz unrichtigen, weil ungenügenden, Namen n. coccygeus; ich nenne ihn, wo ich von den Verhältnissen beim Frosche handle, stets *n. finalis trunci.* Beim Menschen entspricht diesem Nerven ein vom III., IV. und V. Sa Nerv. und vom n. coccygeus gebildeter plexus. Es ist neurologisch gar nicht ungeeignet, diesen Plexus, obgleich er klein ist, entsprechend seiner Cloaken- und seiner Schwanz-Ende-Projection in 2 Subplexus abzutheilen

α. subplexus cloacalis oder uro-pudendo-hämorrhoidalis (n. Sa. III. IV.)
β. „ coccygeus (n. Sa. V u. n. cocc.)

18. *Zur Extremitäten-Frage.*

Die Ontogenese der Extremitäten des Menschen liegt trotz den Arbeiten von Erdtl, Henke (Knochen), His u. A. noch sehr im Dunkeln. Phylogenetischerseits bekämpfen sich bekanntlich gegenwärtig immer noch die Anhänger zweier Hypothesen, der Gegenbauer'schen und der Balfour'schen, und, wie mir jüngst in Berlin Wiedersheim mitgetheilt hat, neigt auch er in einer im Drucke befindlichen Arbeit mehr der Balfour'schen Ansicht zu. Vom *neurologischen* Standpunkte aus aber dürfte sich, wie ich jüngst Wiedersheim, His und Schwalbe gegenüber ausgesprochen habe, die ontogenetische Forschung entschieden mehr für Gegenbauer aussprechen *müssen.* Entscheidend ist hier nach meiner, bis jetzt vorderhand allerdings nur von mir ausgesprochenen Ansicht, der *M. latisssimus dorsi.* Dieser Muskel wird mittelst eines der Nn. subscapulares vom 5. 6. und 7. *Cervical*-Nerven innervirt, nimmt aber seinen aponeurotischen Ursprung nicht nur von den Dornfortsätzen der vier bis sechs *unteren* Brustwirbel, aller Lenden- und Kreuzbeinwirbel sondern auch von dem *hinteren Segment des labium externum der Darmbein-crista.* Wie kommt nun dieser *cervical* innervirte Muskel zu der letztgenannten

Ursprungsstelle, wenn nicht der Beckengürtel ursprünglich am Halse gelegen war und zu seinem späteren definitiven Platze herabgewandert ist? — Ferner ist mir, was ich His gleichfalls mitzutheilen mir erlaubte, im höchsten Grade wahrscheinlich, dass — abgesehen von den Schultergürtel- und den Beckengürtelmuskeln — die eigentlichen Extremitäten-Muskeln nur s. v. v. proliferirende Metamorphosen der 3 *Haupttypen* der *parietalen* Rumpf-Muskeln (d. h. M. rectus abdominis, der Mm. intercostales externi bezw. M. obliquus abdominis externus und der Mm. intercostales interni bezw. M. obliquus abdominis internus) sind. Die nähere Darlegung dieser Ansicht folgt demnächst an einem anderen Orte.

Nun noch ein Blatt aus der Pathologie!

19. Der Ausdruck: „Sensibilität intact!"

Diese so geläufige Redeformel ist in den allermeisten Fällen *ganz unrichtig*. Es gibt bekanntlich ausser der Hyper- und An-Aesthesie auch eine **Hyp***ästhesie*. Ihr Studium wird viel zu sehr vernachlässigt. Nur seitdem ich die richtige Methode*), sie nachzuweisen, gefunden habe, ist es mir möglich, genaue *topische* Rückenmarksdiagnosen zu stellen. Wer sich darauf einübt, wird bald finden, dass auch die vorzugsweise im „motorischen Systeme" sitzenden und von dort ihre Symptome aussendenden Mark-Erkrankungen, wie z. B. die Compressions-Myelitis, die multiple Sclerose (einschl. der „spast. Spinalparalyse"), die amyotrophische Lateralsclerose u. s. f. stets auch scharf begrenzte *Hyp*ästhesie-Bezirke zeigen. Ferner wird er finden, dass die cutanen Verbreitungsflächen der sog. *Neuralgieen* für schwache faradische Ströme *nicht* „hyper"- sondern „*hyp*"-aesthetisch sind; wie auch natürlich, denn da es sich hier bald um wirkliche Neuritiden bald, was das bei Weitem häufigste, um Perineuritiden (die eigentlich in Wahrheit perineuritische Syn-neuritiden sind) handelt, so sind ganze Faserzüge innerhalb des sensibeln Nerven erkrankt und leiten demgemäss die an sich nur schwache faradische Reizung incompleter dem Gehirne zu, als vollständig gesunde.

20. Bedürfniss einer objectiven Methode der Sensibilitätsprüfung.

Wer sich viel mit Sensibilitätsprüfungen abgegeben hat, wird mit mir den Mangel einer *objectiven* Untersuchungs-Methode schon häufig schwer empfunden haben. Bei den dermaligen rein *subjectiven* Methoden hängt man viel zu sehr von der Urtheilsfähigkeit eines Kranken überhaupt sowie von der Feinheit und Ausdauer seines Urtheils ab, so dass oft mehrere Controle-Untersuchungen nachfolgen müssen, und dies ist für alle Fälle sehr umständlich und zeitraubend. Leider gibt es nun aber bis jetzt sensiblerseits kein Analogon der elektrischen Untersuchung motorischer Nerven oder der Muskeln, wodurch *objective* Resultate quantitativer oder qualitativer *Reaction* hervorzulocken wären. Auch haben die sog. physiologischen Methoden entweder, wie die sog. Reflex-Methode, am unversehrten Lebenden überhaupt nur ein sehr lückenhaft antwortendes Terrain, oder aber sie wären, wie die sog.

*) Vergl. auch „Tageblatt der Berliner Naturforscher-Versammlung S. 308, wo freilich der Druckfehler „Hyper"aesthesie steht.

Degenerations-Methode, wenn sie etwa durch Laesion von Hautstücken bewerkstelligt werden wollte, eben so unsicher als jedenfalls unpraktisch. Kurz! brauchbare *objective* Methoden der Sensibilitäts-Untersuchung fehlen uns. Da kam ich denn in letzter Zeit auf folgende Gedanken. Da bei Läsionen des Markes, der Wurzeln oder der Nervenstränge neben den motorischen und sensiblen Elementen jedenfalls auch diejenigen Nervenbahnen, welche der Secretion und Resorption vorstehen, mit lädirt sind, so dürfte vielleicht — sagte ich mir, — der vorderhand nicht gefundenen objectiven Sensibilitätsprüfung, eine objective der letztgenannten Nervenbahnen substituirt werden können. Ich experimentirte demgemäss mit Jodkalium, Stärkekleister, und der Anode. Von den zwei mir offenstehenden Wegen, dem secretorischen oder dem resorptiven, musste ich, da mein ohnedies schon herabgekommener Patient sich nicht zu einem stärkeren *inneren* Jodkalium-Gebrauch eignete, leider zuerst den resorptiven betreten. Ich liess dem Patienten, der an einer Anaesthesie des n. cut. femor. post. litt, sowohl in die anaesthetische als die gesunde Haut des Oberschenkels 2 mal mit gesättigter weingeistiger Jodkaliumlösung (1 : 6) tüchtig einreiben, sodann Compressen, die mit dieser Lösung getränkt waren, mittelst Binden am Oberschenkel befestigen und über Nacht auf die Haut einwirken. Am andern Morgen wurden die Compressen abgenommen, die Haut abgetrocknet, und sodann wieder dicke Compressen aufgebunden, auf welche Stärkekleister dick aufgetragen war. Nachdem dieselben eine Stunde aufgelegen hatten, wurden sie entfernt und die vom Kleister noch ganz feuchte sowohl anaesthetische als gesunde Haut mittelst einer stiftförmigen Electrode (als Anode) vielfach überfahren. Nur da und dort traten sowohl auf gesunden wie auf gefühllosen Hautstellen die reducirenden Anode-Wirkungen in Form von Jodstärke-Niederschlägen zu Tage. Doch waren dieselben kaum merklich und jedenfalls keineswegs geeignet, durch ihre Intensitäts-Differenz einen Schluss auf geringere oder grössere Jodkalium-Resorption zuzulassen. — Es fragt sich nun, ob dieser Versuch nicht in vielleicht passenderer Weise wiederholt werden könnte. Jedenfalls wäre der andere, der secretorische Weg noch zu versuchen. Ich habe aber im Winter keine Kranke, und dürfte es auch überhaupt angezeigt sein, diesen internen Weg der Jodkalium Einverleibung zuerst bei Thieren zu betreten. Vielleicht eigneten sich andere Substanzen überhaupt besser zu dieser, wenn wir ihr einen Namen geben wollen, *electrochemischen* Methode. Ich bin zu wenig Fachmann, und hierorts zu abgeschieden von allem wissenschaftlichen Verkehre. — Auch an das Tinctionsverfahren, welches heutzutage so sehr ausgebildet ist, lässt sich ja denken. — Ferner dachte ich an Sudorifica (Injection von Polycarpin) u. s. f. Kurz! Ich ersuche Alle diejenigen, die in derlei Dingen mehr verstehen, als ich, sich, wenn möglich dieses Gedankens annehmen und auf diese oder irgend welche andere Weise uns Neurologen zur Auffindung einer *objectiven* Untersuchungs-Methode für *sensible* oder sekretorische Nerven mit verhelfen zu wollen. —

II. Original-Vereinsberichte.

I.

Jahressitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Berlin am 17. September 1886.

Originalbericht von Dr. Otto (Dalldorf).
(Schluss.)

588) **Siemerling**: *Ueber das „Open-Door-System" in Schottland.*

Durch eine Reise im vorigen Jahre hatte Vortr. Gelegenheit eine Reihe schottischer Anstalten, welche ganz oder zum Theil mit dem Open-Door-System arbeiten, kennen zu lernen. Bereits seit längerer Zeit besitzen die meisten Anstalten in Schottland keine umschlossenen Höfe mehr. Erst neueren Datums, ca. 10 Jahre alt, ist die Einführung der unverschlossenen Thür.

Für die gesammte Anstalt durchgeführt ist die offene Thür in der neuesten Anstalt, Woodilee in der Nähe von Glasgow. Die baulichen Einrichtungen derselben, die zweckmässige Corridoreinrichtung, die vortheilhafte Vertheilung der Tag- und Einzelzimmer werden an Plänen und Grundrissen demonstrirt. Die Lage von Woodilee mit grosser Umgebung gestattet eine ausgedehnte Verwendung der Kranken zum landwirthschaftlichen Betrieb. Unter der Krankenbevölkerung in Woodilee ist die verhältnissmässig geringe Anzahl der Epileptiker, Paralytiker und der über 60 Jahre alten Patienten zu beachten, obwohl diese Anstalt ohne Auswahl aus der ärmeren Bevölkerung Glasgows aufnimmt. In allen übrigen schottischen Anstalten ist die offene Thür für mehr oder weniger grosse Abtheilungen eingeführt. Uebelstände, welche dem Open-Door-System zur Last zu legen wären, welche eine Abschaffung desselben nöthig gemacht hätten, sind nicht zu verzeichnen. Die Anzahl der Entweichungen, der Unglücksfälle hat nicht zugenommen. Eine Vemehrung des Wartepersonals war nicht erforderlich. Die Betriebskosten in den Anstalten sind nicht grössere geworden. Die Vortheile, welche die freiere Behandlung der Kranken mit sich bringt, liegen in der grösseren Ruhe, welche durchweg in den Anstalten herrscht, in dem Fehlen aufregender Scenen, ferner in der Heranbildung eines guten Personals.

Für seine Ausführung ist in erster Linie ein pflichttreues Wartepersonal erforderlich. Erleichtert wird die Anwendung des Systems in Anstalten mit landwirthschaftlichem Betriebe.

An der *Diskussion* betheiligt sich Fürstner, Paetz, Sioli, Laehr und Tuczek und zwar fragt Fürstner nach dem Wartepersonal und dem Verhalten des Publikums gegenüber dem System. Hasse hält vieles für Reclame. Die Aufnahmezahl müsse jedenfalls eine beschränkte sein.

Laehr warnt davor eine Behandlungsart als System hinstellen, dass bei Publikum und Staatsorganen Anstoss erregen kann. Gegen eine schottische Anstalt sei im Falle eines Selbstmordes Klage erhoben worden und Bestrafung erfolgt. Manche Kranke bedürften jedenfalls auch in den Anstalten Schottlands der Isolirung.

Tuczek fragt nach dem Prozentsatz der internirten Geisteskranken in Schottland. Es seien wohl dort mehr Leute in der Anstalt und desshalb andere Verhältnisse als bei uns.

Siemerling hebt hervor, dass auf eine gute Ausbildung des Wartepersonales besonders Gewicht gelelegt wird. In einer besonderen Abtheilung erfolgt die Einschulung und es besteht eine Probezeit. Das Publikum sei in Schottland an Geisteskranke gewöhnter in Folge der familialen Pflege.

II.

59. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Berlin vom 17.—24. September 1886.

Section für Physiologie.

Originalbericht von Dr. Goldstein in Aachen.

Zur Anatomie und Physiologie der Grosshirnrinde. Er war auf alle Fälle interessant dieser Widerstreit der Ansichten und Meinungen der bedeutendsten deutschen Forscher auf dem Gebiete der Hirnlokalisationen. Freilich, wie vorauszusehen war, blieben am Schlusse der erregten Sitzung, die in der *physiologischen Sektion* am Montag den 20. September morgens 9 Uhr statt fand, die sich diametral gegenüberstehenden Ansichten genau so bestehen, wie sie vorher bestanden hatten und das ironische Schlusswort des Vorsitzenden (Heidenhain): Nachdem wir nun über das Gehirn völlig im Klaren sind, schliesse ich die Sitzung, wirkte versöhnend und erheiternd auf die nach Hunderten zählende Versammlung. Und doch lässt sich diesen „Tournieren auf nationalen und internationalen Congressen" ein gewisser Werth nicht abstreiten. Sie bringen Freund und Feind mit der Zeit wissenschaftlich näher und der Austausch der Meinungen wird seine Früchte in Zukunft treiben, wenn auch vor der Hand ein sichtbarer Erfolg nicht zu erkennen ist. Dies scheint auch Hitzig, sonst ein Feind derartiger Tourniere, wie er es gelegentlich ausgesprochen, eingesehen zu haben, denn er eröffnete den Kampf, indem er ausführlich seine mit der Zeit etwas modificirten Ansichten wiedergab. Es gibt nach ihm motorische Centren in der Hirnrinde, ihre Existenz kann nicht in Frage gezogen werden nach den Versuchen, die er zuerst 1870 in Gemeinschaft mit Fritsch angestellt hat. Bubnoff und Heidenhain, Franck und Pitres haben in Betreff der Reizbarkeit der grauen und weissen Substanz wesentliche Bestätigungen durch Studium der Reaktionszeit etc. erbracht. Mit Unrecht sind von Goltz und Schiff die Erfolge der Reizversuche kurzer Hand bei Seite geschoben worden. Durch diese Versuche wird allerdings die Existenz der Centren nicht erwiesen, allein es gelang dadurch, die Fernwirkung von Stromesschleifen auszuschliessen. Es ist auch keinem Gegner gelungen, den Ort zu bezeichnen, wo die Stromesschleifen angreifen. Um die auch sonst unhaltbare Lehre der kinesodischen Substanz zu retten, gab Schiff seine bekannten, complicirten Erklärungsversuche. In gleicher Weise wie die Reizversuche verdächtigt, sind

die Lähmungsversuche nach kleinen localisirten Eingriffen von den Forschern vernachlässigt. Uebrigens glaubt Vortrag. heute nicht mehr dass ein isolirtes Nebeneinanderwirken zweier Centren bestehe, sondern seine Anschauungen decken sich in diesem Punkte wesentlich mit denen Exner's.

Schwieriger ist die Frage nach der *Bedeutung* dieser Centren. Hier kommt die Restitutionsfrage wesentlich in Betracht. Man wird den Gegnern wohl Recht geben müssen, dass die Wiederkehr einer verloren gegangenen Funktion beweist, dass noch ein anderes Centrum für dieselbe existirt, allein man kann nicht daraus folgern, dass der ursprünglich angegriffene Ort nicht das ursprüngliche Centrum für die Funktion war. Thatsächlich gleichen sich die Störungen der contralateralen Extremitäten auch niemals vollständig nach totaler Extirpation des gyrus sigmoideus aus. Das Hauptgewicht legt Hitzig auf folgenden Versuch: Er hängt den Hund, dem vordem der linke gyrus sigmoideus entfernt war, in der Schwebe auf, nähert zunächst seiner linken Vorderextremität lange Nadeln, deren stechende Wirkung das Thier vor der Operation kennen gelerrnt hat — es benimmt sich bei der Annäherung in gewöhnlicher Weise und zieht die Extremität zurück. Trifft dagegen die Annäherung die rechte Vorderextremität, so bleibt dieselbe nach wie vor schlaff herunterhängen, während der Hund den Bewegungen der Nadel mit dem Auge folgt und auch durch Winseln etc. sein Missbehagen zu erkennen gibt. Ueberhaupt gerieth bei solchem Hunde die rechte Vorderextremität niemals isolirt in Bewegung, selbst wenn er $2^1/_2$ Jahre lang am Leben blieb. Ebensowenig wie er lernt, die bedrohte Pfote zurückzuziehen, ebensowenig ist er im Stande, wieder die Pfote zu geben, oder andere Bewegungen auszuführen. Bei Goltz, welcher seit langer Zeit die Behauptung aufgestellt, dass einzelne Hunde gleichwohl diese Fähigkeiten wieder gewinnen, muss irgendwo ein Fehler vermuthet werden. In so weit ist er mit Goltz einig, dass nach letzterem Hunde mit grossen doppelten Verletzungen die Fähigkeiten verlieren, die Muskeln bei gewissen Handlungen spielen zu lassen.

Goltz erwidert darauf, dass er nicht leugne, dass das Grosshirn motorische Funktionen habe, sondern er leugne nur, dass innerhalb der motor. Zone circumscripte Centren die Führung übernähmen. In Betreff der Restitutionsfrage, verweist er auf seinen diesjährigen (von uns referirten) Vortrag auf der Versammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte (siehe dieses Centralbl. Nro. 11, 1886). Ebenso wie Hitzig seine Uebereinstimmung mit Exner betont habe, thue auch er es, nur möchte er glauben, dass Exner ihm viel näher komme, wie jenem.

Darauf wird die Discussion auf Munk's Vorschlag bis nach Anhörung sämmtlicher Vorträge verschoben.

Der nächste Redner war Flesch (Bern), welcher auf Grund histologischer Studien behauptete, dass gewisse Struktureigenthümlichkeiten sich in typischer Weise in gewissen Gebieten des Menschen-Affen-, Hunde- und Katzenhirns wiederholen, dass in den Occipital-

Zellen zeigen. Wir können nicht, wie Meynert es will, ein einheitliches Schema des Hirnbaues aufstellen, wir können nur von verschiedenen Typen sprechen. Einmal sind vom Vortrag. in Gemeinschaft mit einer Schülerin die Betz'schen Funde bestätigt, und weiterhin ist gefunden, dass eine scharfe Abgränzung der Strukturgebiete besteht, welche auf der Höhe des Gyrus am häufigsten statt hat. Wir müssen dabei sprechen von verschiedenen Hirnrindenformationen, deren Werthigkeit dann erkannt wird, wenn es gelingt, die betreffenden Gebiete scharf abzugränzen. Es ist wahrscheinlich, dass die Struktur der Hirnrinde sich ausbildet im Anschluss an die Funktionen und nicht ist umgekehrt die Struktur das Primäre. Hiernach wird es auf anatomischem Wege möglich sein, die Grundlage für die experimentelle Forschung abzugränzen.

Gegen den Schlusssatz wendet sich Goltz, seinen Vortrag einleitend, indem er Flesch gegenüber bemerkt, dass die anatomischen Thatsachen erst durch physiologische Brauchbarkeit berechtigt werden. Der Hauptangriff des Redners ist, wie auch bei früheren Gelegenheiten, gegen Munk gerichtet. Derselbe trage lediglich oberflächliche Schichten von 2—3 Mm. von der grauen Rinde des Hinterhauptlappens ab und habe dadurch einzelne Thiere blind werden sehen. Alles übrige überlasse er der Entzündung, denn die graue Substanz des Hinterhauptlappens gehe tief in die Furchen hinein. Munk habe seine Sehsphäre nicht tiefer abgetragen aus Furcht, die Thiere möchten zu Grunde gehen wegen Eröffnung der Seitenventrikel. Das sei ein Irrthum, denn man könne die Hinterhauptslappen bis zur Basis abtragen, ohne dass die Thiere stürben. Solche am Hinterhaupt operirten Thiere sind nicht blind, sie gehen Hindernissen aus dem Wege, obwohl sie die Sehsphäre und ein Stück mehr eingebüsst haben. Diesen positiven Ergebnissen gegenüber hat Munk Hunde vorgestellt, in seiner Weise operirt, welche vollkommen blind sind. Goltz bezweifelt nicht, dass diese Hunde blind waren, er bestreitet nur, dass diese Hunde allemal blind werden *müssen*. Dass pathologische Processe (Eiterung in den Ventrikeln etc.) Blindheit hervorrufen kann, ist ja selbstverständlich. Christiani hat überzeugend nachgewiesen, dass Kaninchen nach Wegnahme des Grosshirns noch sehen können und Hitzig hat bei Verletzung des Stirnhirns Sehstörungen erhalten — Thatsachen die beide sich mit der Munk'schen Theorie nicht vereinigen lassen. Vortrag. demonstrirt durch Photographie und Präparat das Gehirn eines Hundes, dem die „motorische Zone“ bis auf die Basis beiderseits fortgenommen, dem aber links die Sehsphäre und rechts ein ansehnliches Stück derselben erhalten war: das Thier hatte einen unsicheren, schwankenden Gang, aber es ging, es konnte die Wirbelsäule von rechts nach links krümmen und hatte überall Empfindung, dagegen war dieses Thier wirklich blind und zeigte ausserdem die vom Vortr. schon häufiger beschriebene, von uns mehrfach referirte Störung, welche es an der selbstständigen Nahrungsaufnahme hinderte. —

In der nunmehr eröffneten *Discussion* wehrt sich M u n k gegen die vielfachen Angriffe in ausführlicher Weise. Zunächst weist er darauf hin, dass in einer im Jahre 1882 erschienen Abhandlung von ihm die von G o l t z erwähnten Fressstörungen schon eingehend geschildert seien. In Betreff seiner von G o l t z getadelten Methode müsse er bemerken, dass die reaktive Entzündung, welche den Vernarbungsprocess begleitete, allerdings das zerstörende Werk des Messers fortsetze, aber in umgrenzter, genau zu controlirender Weise; wenn Encephalomeningitis eintrete, gehen die Thiere gewöhnlich zu Grunde. Er habe augenblicklich zwei Hunde zu demonstriren, die nach beiderseitiger Exstirpation der Sehsphären, absolut blind seien, der eine vor einem, der andere vor mehr als zwei Jahren operirt. Drei Hunde, bei denen kleine Spuren der Sehsphäre zurückgeblieben waren, sehen spurenweise. Es lässt sich der kleine Rest von Retina nachweisen, mit welchem sie sehen, aber sie laufen herum wie gewöhnliche Hunde. An den Präparaten von G o l t z könne er schwer erkennen, ob und wo Reste der Sehsphäre zurückgeblieben seien, weil er nicht durch Beobachtung der Hunde intra vitam Fingerzeige für die Betrachtung des Präparates gewonnen habe. Wenn v. G u d d e n die Atrophie des tractus opticus bei Exstirpation der Sehsphären als eine Folge des Exsudates in die corp. quadrigem. erklärte, so müsse er dem nach neueren Erfahrungen widersprechen. Er habe jetzt bei jungen Hunden nach Exstirpation der Sehsphäre Atrophie des tractus erhalten, die sich bis zu den Ni. optici fortsetze. Die Atrophie des Occipitalhirns nach Enucleation der Augen dagegen sei noch nicht sicher erwiesen.

H i t z i g gibt allerdings G o l t z darin Recht, dass er Sehstörungen durch Läsionen ausserhalb der Sehsphäre erzielt habe. Er hebe aber ausdrücklich hervor, dass G o l t z auch diesmal wieder dem punctum saliens, wie die Effekte kleiner localisirter Lähmungs- und Reizungserscheinungen zu erklären seien, aus dem Wege gegangen sei.

M e y n e r t erinnert F l e s c h gegenüber an C l a r k e's und eigene Beobachtungen verschieden gebauter Rindenstellen, glaubt aber nicht, dass z. B. die sog. Riesenzellen der Centralwindungen physiologisch verschieden von den kleinsten Pyramiden seien. Dass es grosse und kleine Zellen hier gibt ist nur von der Weglänge der Fortsätze, von der grossen Breite der Centralwindungen abzuleiten. G o l t z aber müsse er bemerken, dass die Anatomie zur Lokalisationsfrage eine ganz berechtigte, selbstständige Stellung einnehme.

F r i t s c h weist darauf hin, dass es ihm und H i t z i g ursprünglich darauf angekommen sei, die *Ungleichwerthigkeit* der verschiedenen Rindenregionen zu erweisen, und es sei erfreulich, dass dieselbe heute allgemein anerkannt sei. Wie scharf die Grenzen dieser Regionen seien, darüber könne er kein Urtheil abgeben, da sie sich augenblicklich *anatomisch* nicht scharf abgrenzen liessen. Er glaubt, dass die Stelle, welche am leichtesten auf einen Eingriff antwortet die *direkteste* Verbindung mit der Peripherie darstellt, leugnet aber keineswegs, dass ausserdem noch Umwege zu derselben Stelle führen können.

Meynert's Beschreibung der fünf verschiedenen Typen des Rindenbaues bilden gewiss eine schöne anatomische Grundlage für die Ungleichwerthigkeit und Flesch betont richtig, dass verschiedene Kategorien von Ganglienzellen, verschiedene Bahnen zu verschiedenen Nerven sich vorfinden. Nimmt man Flechsig's, v. Monakow's, Moeli's schöne Untersuchungen hinzu, so wird für die Zukunft durch Zusammenwirken von Anatomen und Physiologen eine festere Basis gewonnen werden.

Goltz gereicht es zur Genugthuung, dass Hitzig ihm durch Aufgeben circumscripter Centren immer näher rücke, weist aber dessen Forderung, den Erfolg electrischer Reizung und kleiner Eingriffe zu erklären, zurück.

Christiani ergeht sich zunächst in Definitionen, indem er glaubt, dass deren Schärfe der Physiologie an manchen Punkten fehle und daher die Meinungsverschiedenheiten zum Theil entständen. Es gibt ohne Zweifel am Grosshirn circumscripte Punkte, deren Läsion einen bestimmten Einfluss auf eine bestimmte Funktion hat, er möchte sie „Centren positiver Läsion“ nennen. Ob nun die auf der Oberfläche des Hirns liegenden derartigen Centren einer Funktion dort zu einer Sphäre gesammelt oder ob sie disseminirt vorkommen, sei eine weitere Frage. Man könne die Giltigkeit des Principes des kleinsten Zwanges für die Association in Anspruch nehmen und vom Standpunkte der reinen Mechanik, sowie von dem der Teleologie sich für die Dissemination entscheiden, für welche ja auch gewisse Rindenexperimente sprächen. Der Funktionsbegriff und namentlich derjenige der Sehfunktion sei auch häufig zu eng gefasst. „Lokalisation einer Funktion“ sei die Zusammenfassung aller derjenigen Hirn- und Rückenmarksstellen, deren Integrität die Integrität der Gesammtfunktion in allen ihren Theilen verbürge. Eine „Lokalisation der Sehfunction“ in der Rinde werde etwa durch die Fiktion eines Gehirnes dargestellt, welches in seiner Oberfläche das Chiasma nerv. opticor enthielte, dessen quere Durchschneidung die gesammte Funktion dauernd aufheben würde. Die zweckmässige Bewegung grosshirnberaubter Thiere aber, wie er es Munk gegenüber nachgewiesen, zeige, dass die Sehfunktion in toto nicht in der Hirnrinde localisirt sei und dass keineswegs alle Bewegungsreactionen dort durch Centren positiver Läsionen repräsentirt seien.

Steiner (Heidelberg) theilt mit, dass er in nächster Zeit Beobachtungen an niederen Wirbelthieren veröffentlichen wird, aus denen hervorgeht, dass ganze Hirnrinden vorhanden sind, welche die dem Grosshirn sonst zugesprochenen Funktionen nicht ausüben und ohne Funktion zu sein scheinen. Da nun Sehstrahlungen vom Hinter- nach dem Vorderhirn gehen, man desshalb nach dem Schlusse, wonach Form und Funktion allemal zusammenfallen, folgern könnte, dass auch das Vorderhirn sieht, so bemerke er, dass unter Berücksichtigung obiger anatomischer Thatsache, dieser Schluss nicht bindend zu sein brauche.

Nachdem Aronsohn (Berlin) eine kurze Bemerkung über Fressstörungen, die er nach Einstich in der Gegend des corp. striat. bei

Existenz histologischer Abgrenzungen in der Hirnrinde als Basis für experimentelles Vorgehen zu suchen sei, wird der Kampf nach $2^1/_2$ stündiger Dauer für beendet erklärt.

Section für Laryngo- und Rhinologie.

Originalbericht von Dr. Koenig (Dalldorf).

589) **Exner** (Wien); *Demonstration des Nervus laryn. med.*

E. gibt eine anatomische wie physiologische Demonstration des n. laryng. med. des Kaninchens. Dieser von ihm so benannte Nerv bringt den m. cricothyreoideus zur Contraction. Der Nerv verläuft beim Kaninchen als selbständiger Ast an der hinteren Wand etwas seitlich von der Mittellinie am Pharynx herab zum m. crico-thyr. Aehnlich ist sein Verlauf beim Hunde. Etwas anders beim Menschen. Hier existirt ein ram. pharyngeus vagi, nicht als selbständiger Nerv, sondern er bildet den plex. pharyng.; aus diesem kommt ein Ast hervor, welcher so verläuft wie der n. laryng. med. bei den Thieren. Man kannte den Nerven schon früher, aber nicht seine Bedeutung. Er scheint ein vital sehr wichtiger Nerv zu sein; denn ein Kaninchen, dem man beide n. l. med. durchschneidet, lebt nicht länger als 3 Tage.

Discussion: Gerhardt frägt, unter welchen Erscheinungen die Thiere zu Grunde gehen.

Exner erwidert, dass die Thiere keine der Erscheinungen zeigen, die man bei der Durchschneidung anderer Nerven findet. Die Thiere essen nicht, sind dabei anscheinend munter und sterben nach einigen Tagen; die Section ist ohne Ergebniss.

Krause fragt, ob der Nerv hauptsächlich für den Schluckact oder die Stimmbildung in Betracht komme.

Exner erwidert, dass nach der Durchschneidung sowohl Schlucken als Schreien noch möglich ist.

590) **Semon** (London): *Abductorenparalyse, nicht Adductorencontractur.*

S. theilt die Resultate neuer von ihm und Prof. Horsley angestellter Beobachtungen und Experimente mit über die Innervation des Kehlkopfes und die postmortale Contractilität der Kehlkopfmuskeln, schildert die Stellung der Stimmbänder während der Todtenstarre, bemängelt den Ausdruck „Cadaverstellung", geht dann näher ein auf die Fehlerquellen des Thierexperiments bei der Entscheidung der Frage, ob die bei organischen, progressiven Läsionen der motorischen Kehlkopfnerven vom Accessorinskern abwärts zur Beobachtung kommende Medianstellung der Stimmbänder als eine primäre Posticusparalyse mit nachfolgender Antagonistencontractur, oder als eine primäre neuropath. Contractur sämmtlicher vom Recurrens versorgten

Kehlkopfmuskeln aufzufassen sei. S. hält für die Mehrzahl der Fälle an der älteren Auffassung des Phänomens als einer primären Posticuslähmung fest.

An der *Discussion* betheiligen sich die Herren: Krause, Remak, E. Fränkel, B. Fränkel, Reichert, P. Heymann und Schmidt.

S. schliesst die Debatte mit folgenden Worten: Seine Argumente seien natürlich nicht alle gleichwerthig; Nachprüfungen seiner und Horsley's Experimente würden deren Correctheit bestätigen. Sein Hauptargument läge in seinen allgemeinen neuropatholog. Gründen gegen die Contracturhypothese. Sobald man ihm nachgewiesen haben werde, dass in anderen Nervengebieten unter analogen Bedingungen gesetzmässig primäre pathologische Contracturen zu Stande kämen, werde er geschlagen sein, eher nicht.

Section für Neurologie und Psychiatrie.

Originalbericht von Dr. Otto, Dalldorf.

591) Herr **Oppenheim** und Herr **Siemerling:** *Mittheilungen über Pseudobulbärparalyse und acute Bulbärparalyse.*

O. und S. berichten über fünf Fälle, die nach ihren klinischen Erscheinungen als Pseudobulbärparalyse aufgefasst werden mussten. Die betreffenden Kranken standen im 4. oder 5. Decennium, litten an Arteriosclerose, apoplectisch entwickelte sich bei ihnen Extremitätenlähmung und bulbäre Störungen. Bei Versuchen zu sprechen trat ein krampfhaftes Schluchzen ein. Parese des Gaumensegels, Schlingbeschwerden, schwere Respirationsstörungen, Temperatursteigerungen, Lähmung von Kehlkopfnerven, Erkrankung der Nervi optici (partielle Atrophie), Betheiligung aller Extremitäten und Steigerung der Sehnenreflexe waren vorhanden. Psychisch bestanden Apathie, Demenz, Stupor und intercurrente Erregungszustände. Der Verlauf war schubweise progressiv. Pathologisch-anatomisch fand sich Arteriosclerose der basalen Gefässe, apoplektische Cysten, Erweichungsherde in beiden Hemisphären, der inneren Kapsel, den grossen Ganglien und der Rinde. In der Medulla war einmal ein Erweichungsherd makroskopisch erkennbar. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Medulla und des Pons auf Serienschnitten wurden regelmässig auch Krankheitsherde daselbst gefunden.

Durchmustert man an der Hand dieses Resultats die in der Literatur enthaltenen Fälle von Pseudobulbärparalyse, so muss wegen unzureichender mikroskopischer Untersuchung von den wenigen Fällen noch eine Anzahl gestrichen werden und die Lehre von der Pseudobulbärparalyse ist hiermit bis jetzt nur durch ein geringes Beobachtungsmaterial gestützt, während die gemischte Form, die cerebro-bulbäre Glosso-laryngo-labialparalyse, die häufigst der sich akut entwickelnden Bulbärlähmungen zu sein scheint und zwar entstanden auf dem Boden einer schweren Arteriosclerose.

Schliesslich erfolgt die Demonstration der Präpa
von acuter Bulbärparalyse, die durch Druck der aneur
terten Arteria vertebralis sinistra auf die Medulla o
war. Letztere zeigt in ihrer ganzen Ausdehnung ein
die der Lage und dem Verlauf der Vertebralis entspı
tionsstörung der Medulla durch Raum-Beschränkung in
Weise ist bis jetzt wenig geachtet worden.

592) Herr **Smidt:** *Ueber Cocainismus und neue E*
Cocainwirkung bei Morphiumentziehung.

Vortragender beobachtete mehrere den Erlenm
loge Fälle von Morphio-Cocainismus und theilt eine K
genauer mit. Der 33 jährige Patient war seit 12 J
phium ergeben und hatte dann Cocain mit Morphium
nommen. Der Schlaf wurde schlecht, die Potenz er
lische Kraft sank, die Lust zur Arbeit hörte auf. I
sich räsonniren, glaubte sich von Wächtern bewacht,
denen Leuten Spione, wurde electrisch beeinflusst. In
(Kreuzlingen) schwanden die psychischen Erscheinun
Aussetzen des Cocains sofort. Pat. bekam eine mittl
phium und innerhalb sechs Tage wurde dieselbe ganz
nach gänzlicher Weglassung des Morphiums wiederu
Bekämpfung der Abstinenzerscheinungen gegeben wurd
nur ganz leichte Andeutungen von Beeinträchtigungside
liche Beobachtungen sind in allen Fällen von Morphio-C
macht worden. Da demnach die schweren Erscheinung
lich der Kombination beider Medikamente zuzuschreibe
die Entwöhnungen in Bellevue so modificirt, dass das C
Weglassung des Morphiums und zwar im ganzen 5—8
wird, bis die Hauptabstinenzerscheinungen vorbei sin
kurzen Zeit waren nie psychische Störungen zu beoba
Abstinenzerscheinungen waren geringer. Bei Morphio-Co
das Cocain zunächst entfernt. Ohnmacht (Erlenmeyer)
beobachtet als Folge, mag aber vorkommen. Darauf w
phium entfernt und dann wieder Cocain gegeben, wirkt
gut und die Abgewöhnung des Cocains ist schwieriger.
ist, dass sich die Verfolgungshallucinationen der Morphi
direct an die Cocaininjection anschliessen, während
die Inanitionshallucinationen in der Abstinenzzeit
pflegt. Cocain eignet sich also zur Anwendung b
abstinenz. Die Angabe Erlenmeyer's, dass chronische M
nisten leichter recidiviren, hält S. für nicht unwahrschei
unbeweisbar, glaubt jedoch, dass auf keinen Fall die
application in den ersten Tagen der Morphiumkur auf
der Recidive einen Einfluss hat. Wenn auch das Coca
terungsmittel für Morphiumkuren gewiss anzuwenden i
dem kombinirten Morphiumcocaingebrauch zu warnen u
radezu als Kunstfehler zu bezeichnen, desgleichen sind
lingenden Versuche der Selbstentwöhnung zu unterlasse

In der Discussion kann **Westphal** die Wirkung des Cocains bei chronischem Morphiumgebrauch bestätigen. Bei einem Patienten der nach langem Morphiumgebrauch sich Cocain einspritzte, beobachtete er den Ausbruch einer akuten hallucinatorischen Verrücktheit, die nach zwei bis drei Tagen verschwand.

Haupt hat ähnliche Erscheinungen in einem Falle von reinem Cocainismus gesehen. Es betraf dies einen 14 jährigen Knaben, der seit 3 Monaten bis 4 gr. pro die einspritzt. Er zeigt Hallucinationen, Abends Angstzustände die sich oft bis zu krampfartigen Paroxismen steigerten.

Jastrowitz hat zahlreiche ähnliche Fälle von Morphiococainismus gesehen. Von Symptomen beobachtet er noch Speichelfluss und Trockenheit im Schlund. Von reinem Cocainismus sah er keinen Fall. Er möchte wegen der Gefährlichkeit des Mittels daselbe nur bei schweren Abstinenzerscheinungen anwenden. Der Cocainismus sei an u. für sich leicht zu beseitigen. Die Morphinisten empfänden die Cocainkarenz nicht, wenn sie Morphium erhielten.

Smidt bemerkt, Cocain allein könne unter Umständen, ebenso wie Morphium, allerdings keine Psychose hervorrufen. Die Kombination beider sei ganz besonders gefährlich. Die Morphinismusfälle seien, was für die Beurtheilung von Heilerfolgen zu beachten sei, heutzutage viel schwerer im Durchschnitt, wie vor wenigen Jahren. Frische Fälle seien jetzt viel seltener bei der allgemeinen Kenntniss der schädlichen Folgen des chronischen Morphiumgebrauches, die meisten in Behandlung kommenden Morphinisten spritzten schon viele Jahre und hätten schon eine ganze Reihe von Entziehungen hinter sich.

593) **Heimann** (Charlottenburg): *Cocain in der Psychiatrie.*

Vielfach bekannte Wirkungen des Cocain auf die motorischen Nervencentren sowie verschiedene andere Eigenschaften des Alkaloids: die Herabsetzung der Empfindlichkeit, die belebende Kraft, die euphorische Stimmung, welche es hervorrufen soll, veranlassten den Vortragenden eine Reihe von Heilversuchen bei verschiedenen Psychosen und Neurosen mit dem Mittel anzustellen. Es wurde in grösseren und kleineren Dosen innerlich sowie subcutan längere oder kürzere Zeit hindurch, doch ohne jeden nennenswerthen Erfolg verordnet. — Ebenso stimmen die freilich nur geringen Erfahrungen des Vortragenden betreffend die Anwendung des Cacains bei einer Morphiumentziehungskur mehr mit denen Erlenmeyer's, als mit denen Smidts überein. Im zweiten Theil bespricht der Vortragende die Paranoia hallucinatoria, welche sowohl nach dem Genuss von Cocablättern als auch nach dem innerlichen wie subcutanen Gebrauch des Alkaloids aus demselben entsteht. Dies hebt der Vortragende am Schluss nochmals besonders hervor und folgert daraus, wie aus den historisch bekannten Thatsachen, dass diese Psychose lediglich durch Cocain, nicht durch die Combination des Cocain mit Morphium hervorgerufen wird. Was die Geistesstörung selbst anbetrifft, so sei sie durch characteristische perverse Sensationen, durch die Art der Wahnideen, durch den

Krankheitsverlauf u. s. w. sowie durch den Nachwei
nur sehr geringen Spuren Cocains im Harn leicht zu

In der *Diskussion* bemerkt Smidt, die Cocainps
nicht ganz so typisch, insbesondere habe er die Hallu
treff der Haut (perverse Sensationen) nicht gesehen.
mehrfach beobachten können, dass die Sinnestäusch
darauf basirenden Handlungen sofort nach dem Aussetz
verschwanden.

Heimann hält daran fest, dass nach dem Au
cains keine neue Sinnestäuschungen auftreten, jedoch
allmählich schwinden. Er ist geneigt zu glauben, dass
Patienten dissimuliren.

(Fortsetzung folgt.)

III. Referate und Kriti

594) **W. Bechterew:** Ueber die Function der Sehhü
und den Menschen. (Westnik klinitschesko i studebnoi p
patologii II. 1885. rusisch.)

In der vorliegenden Arbeit sind die Resultate d
1882 vom Verf. begonnenen Untersuchungen über die
Sehhügel an Fröschen, Tauben, Hühnern, Ratten, M
Kaninchen und Hunden ausführlich mitgetheilt. In
Capiteln werden *die* Thatsachen besprochen, auf Grun
der allgemeinen Kategorie der affectiven Bewegungen ein
solcher Bewegungen abgetheilt werden muss, welche
seelischer Bewegungen oder Affecte, unabhängigem Will
tes, dienen, wozu die verschiedenen Instructionen der St
Bewegungen des Antlitzes, die Bewegungen der Ohren
a. gehören. Diese Bewegungen nennt B. neugeborene
Ausdrucksbewegungen, welche, wie Beobachtungen an d
artigsten Thieren zeigen, nicht nur unter dem Einflu
Seelenzustände auftreten, sondern auch durch gewisse
hervorgerufen werden und in diesem Falle rein reflec
sind. Als Beweis für diese letzte Behauptung führt
Reihe von Versuchen an, welche unzweifelhaft beweisen
schiedenen Thieren gleich nach Entfernung der Gross
es durch geeignete periphere Reize gelingt, auf rein reflec
obengenannte complicirte Bewegungen auszulösen. Die
Versuche bleiben dieselben, auch wenn mit den Hemis
die Streifen-, und Vierhügel entfernt worden zum Be
reflectorische Centrum für die affectiven Bewegunger
im Sehhügel oder in den unten liegenden Theilen des
befinde.

Weitere Versuche des Verf. zeigen ferner, dass bei h
Thieren gleich nach tiefer Durchschneidung des Gehir

den Sehhügeln, tactile Haut- und Sinnesreize weder reflectorisches Schreien noch andere zusammengesetzte affective Bewegungen (der Ohren, des Gesichtes) auslösen, während schmerzhafte Hautreize die Thiere ihre Stimme erheben und unruhig werden lassen. Dieser reflectorische, durch schmerzhafte Reize hervorgerufene Schrei unterscheidet sich bedeutend durch seine kurze Dauer und seine Intonation von demjenigen bei den Thieren, bei welchen die Grosshirnhemisphären mit Schonung der Sehhügel abgetragen wurden.

Die Versuche mit Reizung der Sehhügel ergaben B. folgende Resultate.

Bei Tauben und Hühnern wurden die Grosshirnhemisphären entfernt und darauf die Electroden derart in das Gehirngewebe eingesenkt, dass die Sehhügel sich zwischen den Enden der Rheophoren befanden. Bei der Reizung stiessen die Thiere einen lauten und langgezogenen Schrei aus und bewegten in verschiedener Weise Rumpf und Glieder. Bei hemisphärenlosen Meerschweinschen wurde die Oberfläche der Sehhügel electrisch gereizt, wobei laute und beschleunigte exspiratorische Bewegungen, Contractionen der Gesichtsmuskeln (bei einseitiger Reizung contralateral), Bewegungen mit den Ohren, später grosse Unruhe und anhaltendes Heulen beobachtet wurden. Die Reizung des vorderen Sehhügelabschnittes rief bei Hunden meistentheils beschleunigtes Athmen, Contractionen der Gesichtsmuskeln und seitliche gleichförmige Bewegungen des Rumpfes hervor, die Ruthe und die Extremitäten wurden dabei mitbewegt. Reizung des hinteren Sehhügelabschnittes rief tiefe Faltung der Schnauze, Entblössung der Eckzähne und lautes Winseln und Bellen hervor; nicht selten gingen dabei Harn und Koth unwillkürlich ab. Aus dem Vorhergehenden folgt also, dass Reizung der Sehhügel bei den verschiedensten Thieren neben Beschleunigung des Athmens Anfangs starke exspiratorische, in lauten Schrei übergehende Bewegungen, in der Folge verschiedenartige Bewegungen am Gesichte, dem Rumpfe und den Extremitäten auslöst, welche an diese oder jene affectiven Bewegungen erinnert.

B. fand bei isolirter Zerstörung der Sehhügel weder ausgesprochene motorische Störungen (ausser Gleichgewichtsstörungen und Zwangsbewegungen, die wahrscheinlich von einer Läsion des anliegenden centralen Gewebes abhingen), noch Störungen von Seiten der Sinnesorgane und der cutanen muskulären Sensibilität. Man konnte übrigens bei solchen Thieren constatiren, dass schwache Reize weder Schrei noch affective Bewegungen hervorriefen, wohl aber starke. Bei Säugethieren trat nach Zerstörung eines Sehhügels oder nach Durchschneidung desselben in seinem hinteren Abschnitte ausserdem wirkliche mimische Lähmung der entgegengesesten Seite bei erhaltener willkürlicher Beweglichkeit der Gesichtsmuskeln auf. Doppelseitige Zerstörung beider Sehhügel hob überhaupt alle affectiven Bewegungen auf; begrenzte Läsionen, besonders des hinteren Sehhügelabschnittes wirkten oft wie die Reizung dieser Theile, es traten Schreien, Erheben der Federn bei Hühnern, choreiforme, contralaterale Bewegungen der Glieder u. dergl. auf.

Aus diesen Versuchen glaubt B. schliessen zu dürfen, dass die Centren für das reflectorische Auftreten complicirter affectiver Bewegungen sich im Sehhügel befinden, welcher hieraus eine hervorragende Rolle beim Zustandekommen des Ausdrucks für verschiedene Empfindungen und seelische Bewegungen spielt.

Das Aufreten einfacherer affectiver Bewegungen bei Thieren ohne Grosshirnhemisphären und Sehhügel (allgemeine Unruhe und eintöniges Schreien) wird nach B. von den tiefer im verlängertem Mark gelegenen Centren vermittelt.

Im weiteren Verlaufe seiner Arbeit führt B., sowohl aus der Literatur als auch aus eigenen Beobachtungen geschöpfte Thatsachen an, welche den Einfluss der Sehhügel auf die Thätigkeit der niedersten reflectorischen Centren (vasomotorischen, exspiratorischen u. a.) klarstellen; der Antheil, den diese Centren an Affecten haben, ist ja bekannt.

Im letzten klinischen Theil der Arbeit führt Verf. eine ganze Reihe von Thatsachen an, welche die Existenz besonderer Bahnen für affective und gewollte Bewegungen im Gehirn (1 Fall von isolirter Lähmung der Gesichtsmuskeln ohne mimische Paralyse und 1 Fall mit umgekehrtem Verhältnisse) beweisen. Dann zeigt er, dass die Sehhügel Centren sind für unwillkürliche, motorische Innervation verschiedener Muskelgruppen. (Fall von isolirter mimischer Gesichtslähmung mit Zerstörung der Sehhügel und Fall von Hemichorea mit Läsion der Sehhügel.) Hinze (St. Petersburg).

---

595) **Bechterew**: Ueber die Bestandtheile des sogen. Seitenstrangrestes des Rückenmarks. (Wratsch. Nro. 29. 1885.)

Verf. fand an den Rückenmarken sehr junger Embryonen in diesem Abschnitte drei gesonderte Faserbündel, von denen das eine sich früher als die beiden anderen entwickelt (bei 25 Centim. langen Föten), gleichzeitig mit den Fasern des Grundbündels der Seitenstränge die Myelinhülle erhält und mit diesem ein besonderes System darstellt, welches B. *Grundbündel des Seitenstranges* nennt. Es beginnt an der vorderen Commissur, nimmt in den unteren Abschnitten des Rückenmarks den ganzen Vorderstrang, in den oberen aber nur den von den etwa vorhandenen vorderen Pyramidensträngen nicht eingenommenen Theil der Vordersäule, weiterhin die ganze Uebergangsregion zwischen dem Vorder- und Seitenstrange, und den grösseren Theil des Seitenstrangrestes ein und verbreitet sich auf die Grenzschicht der grauen Substanz (Flechsig). Es finden sich ferner in der Grenzschicht und unmittelbar nach innen und vorn vom Kleinhirnstrang in Gehirnen von 25—28 Centim. langen Embryonen myelinlose Fasern, welche die beiden anderen Bündel des Seitenstrangrestes bilden helfen; während diese sich immer weiter entwickeln und wachsen, wird das Grundbündel immer schmäler, seine äussere Grenze rückt, von der Austrittsstelle der vorderen Wurzeln anfangend, allmählich von der Peripherie zurück,

die innere Grenze aber verläuft in einiger Entfernung vor dem äusseren Rande des Vorderhorns, welchem er nur an dessen Spitze anliegt.

Etwas später als die genannten Bündel bekleidet sich mit Myelin der Theil der Grenzschicht, welche keine Fasern vom Grundbündel enthält und bildet sich auf diese Weise ein besonderes Bündel, das besonders deutlich im Brusttheile des Rückenmarkes hervortritt, wo es fast den ganzen Zwischenraum zwischen dem Vorder- und Hinterhorn einnimmt; im Halsmark erreicht dieses Bündel eine ziemliche Grösse und erstreckt sich vom äusseren Rande des Vorderhorns beinahe bis zu dessen Spitze.

Noch später bekleidet sich mit Myelin der Theil des Seitenstrangrestes, welcher zwischen der äusseren Grenze des Grundbündels und der Rückenmarksperipherie liegt und von B. *peripheres Bündel des Seitenstrangrestes* benannt worden ist. Seine Fasern treten bereits in den unteren Abschnitten des Rückenmarks auf, wo sie von der Peripherie gleich nach vorn vor dem Pyramidenstrang liegen, im obern Theile des Brustmarkes sind sie sicher zahlreicher und werden theilweise zwischen den Fasern des hinteren Theiles des Grundbüdels zerstreut, theilweise in dem, vor der vorderen Grenze des Pyramidenstranges und dem vorderen Theile des Kleinhirnstranges gebildeten Winkel sichtbar. Oberhalb der Cervicalanschwellung wird dieses Bündel compacter, liegt fast ausschliesslich in der Peripherie des Seitenstrangrestes, wo es theils dem vorderen Theile des directen Kleinhirnstranges anliegt, theils an die Peripherie des Rückenmarks tritt und die Region der vorderen Wurzeln erreicht. Die Fasern dieses Bündels degeneriren in aufsteigender Richtung und gleichzeitig mit den Fasern des Kleinhirnstranges, wesshalb auch die Region der aufsteigenden Degeneration von der Peripherie der Seitenstränge sich gewöhnlich bis in den Bereich der vorderen Wurzeln erstreckt und nicht nur den Kleinhirnstrang ergreift. Hinze (St. Petersburg).

---

596) **W. Bechterew:** Zur Frage von der secundären Entartung des Hirnschenkels. (Westnik klinitscheskoi i studelnoi psychiatrii i newropatologii I. 1885.) (Russisch.)

In dieser Arbeit theilt Verf. die Krankengeschichte eines Mannes mit, welcher an rechtsseitiger Hemiplegie ohne mimische Gesichtslähmung, Aphasie, Worttaubheit und rechtsseitiger Hemianopsie gelitten hatte. Die Section ergab ausgedehnte Erweichung in der linken und einen kleinen Herd in der rechten Grosshirnhemisphäre. Die Erweichung links umfasst die ganze dritte und den grössten Theil der zweiten Hirnwindung, einen beträchtlichen Theil beider Centralwindungen, das ganze untere Pariatalläppchen, einen Theil der Occipitalwindungen, alle 3 Schläfewindungen, fast die ganze basale Oberfläche des temporobasalen Lappens und die Inselwindungen. Die Erweichung reichte, wie Schnitte bewiesen, recht tief in die Gehirnhemisphäre und das corpus caudatum, den nucleus lenticularis, den grössten Theil der inneren Kapsel und den oberen, äusseren Abschnitt des Sehhügels umfassend;

der kleinere Herd rechts nahm nur die erste Schläfewindung ein und erstreckte sich nicht in die Tiefe. Die mikroskopische Untersuchung des Gehirnstammes ergab vollständige Entartung der Basis des linken Hirnschenkels mit Einschluss auch ihres äusseren Abschnitts (Türck'-sches Bündel). In der linken Hälfte der Brücke waren alle Längsfasern und die graue Substanz entartet, im verlängerten Marke die linke Pyramide, im Rückenmark das Pyramidenbündel des rechten Seitenstranges. In der oberen Etage der Haube war ausserdem die Substantia nigra Sömmeringi atrophirt, die Fasern des brachium posterior, des inneren Theils der Schleife (Reichert's Schleife nach Gudden) absteigend entartet. Alle übrigen Fasern der oberen Etage der Haube, die Querfasern der Brücke und die Kleinhirnschenkel waren völlig gesund.

Der vorliegende Fall bietet in pathologisch-anatomischer Hinsicht nach 2 Richtungen ein besonderes Interesse dar, 1) in Bezug auf die Entartung der ganzen Basis des Hirnschenkels incl. des Türck'schen Bündels und 2) in Bezug auf die Degeneration einiger Abschnitte der oberen Etage des Stammtheiles der Brücke. Wie bekannt hat das Fehlen absteigender Degeneration des Türck'schen Bündels in den bis heute veröffentlichten Fällen zu der Annahme geführt, dass in diesem Bündel sensible Fasern verlaufen. (Charcot). Der angeführte Fall beraubt auf diese Weise diese Ansicht ihrer Hauptstütze, und neigt Verf. der Ansicht zu, dass die sensiblen Fasern in der oberen Etage des Hirnschenkels verlaufen. Da die Entartung unterhalb der Brücke sich auf die Pyramide beschränkte, so ist es klar, dass die untere Endigung des äusseren wie des inneren Abschnittes der Hirnschenkelbasis in der grauen Substanz der Brücke zu suchen sei. Behufs Bestimmung der oberen Endigung der Fasern des äusseren Abschnittes der Hirnschenkelbasis führt Verf. einen andern, auf einen Mikrocephalen bezüglichen Fall an, bei dessen Section fast die ganze convexe, äussere und die innere Oberfläche beider Grosshirnhemisphären sklerosirt, gerunzelt und mit Kysten durchsetzt war, normal waren nur die Orbitalwindungen, die Windungen beider Schläfelappen und der Basalfläche des temporo-occipitalen Lappens. Die Untersuchung des Gehirnstammes ergab Entartung und Atrophie von $^4/_5$ der Basis beider Hirnschenkel, von innen nach aussen gerechnet, während der äussere Abschnitt der crura cerebri vollkommen intact war. Da in diesem Falle (die Orbitalwindungen nicht mitgerechnet) nur die Windungen der Schläfelappen und der Basis des temporo-occipitalen Lappens unversehrt geblieben waren, so ist es einleuchtend, dass gerade in diesen Theilen die obere Endigung der Fasern des Türck'schen Bündels sich befinden.

Was die vom Verf. im ersten Falle gefundene Atrophie der Substantia nigra anbetrifft, so kommt nach Vergleichung seiner Beobachtung mit der Witkowski's (Arch. f. Psych. 1883 Bd. XIV. 2) Verf. zum Schlusse, dass dieselbe in directer Beziehung zur Zerstörung der basalen Gehirnganglien stehe.

Die Entartung der Fasern des inneren Theils der Schleife konnte Verf. nur bis zum unteren Abschnitte der Brücke verfolgen, wo die dege-

nerirten Fasern in der grauen Substanz des vom Verf. beschriebenen netzförmigen Kerns des Operculums sich verloren und verschwanden. Dieses Bündel der Schleife endigt auch in diesem Kerne, und geht nicht, wie Meynert meint, in die Olivenzwischenschicht über.

Verf. betont in klinischer Beziehung den Umstand, dass bei vollständiger Entartung der ganzen Hirnschenkelbasis die mimischen Bewegungen des Kranken erhalten waren, woraus zu schliessen wäre, dass die Bahnen für sie in der oberen Etage des Hirnschenkels liegen, wo auch in der That die Fasern der Sehhügel verlaufen.

Hinze (St. Petersburg).

---

597) **W. Bechterew:** Ein neuer Fall von Entartung der Fasern des äusseren Theils des Hirnschenkels (sogen. Türck'schen Bündels). (Russkoja Medizina 1885. Nro. 33.) (russisch.)

Zweiter Fall von Entartung der Fasern des inneren und äusseren Abschnittes der Hirnschenkelbasis mit Unversehrtheit des mittleren den Pyramidenstrang enthaltenden; er bezieht sich auf einen Arbeiter, der an zeitweiliger rechtseitiger Parese mit Aphasie litt und bei dessen Section Erweichungsherde auf der äusseren und basalen Fläche der linksseitigen Hinterhaupts- und Schläfelappen, und in den vorderen Abschnitten beider innerer Kapseln sich vorfanden. Schon makroskopisch war am Hirnstamme ein grauer, längs des äusseren Randes des Hirnschenkels verlaufender Strang bemerkbar; bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich Entartung des inneren Abschnittes des linken crus cerebri. Die Entartung konnte abwärts nur bis zu dem oberen Theile der Brücke verfolgt werden, die Pyramiden waren ganz intact.

Die Entartung der inneren Abschnitte beider Hirnschenkelbases kann nur auf die Entartung der vorderen Theile der innern Kapseln zurückgeführt werden, mithin muss die Degeneration des linksseitigen Türck'schen Bündels in directer Beziehung zur Erweichung im Bereiche des Occipital- und Schläfenlappens stehen.

Hinze (St. Petersburg).

---

598) **Pitres et Dallidet:** Observation de maladie de Thomsen. (Fall von Thomsen'scher Krankheit.) (Arch. de Neurol. 1885. Vol. X. Nro. 29.)

25 jähriger Kranker, dessen Mutter in der Jugend einige Jahre an einer der Thomsen'schen Krankheit nach der Beschreibung ähnlicher Affection gelitten hat, und von dessen 5 Geschwistern noch zwei (die ebenfalls, wie der Patient selbst, auch sonst physisch und psychisch sehr der Mutter ähneln) dieselben Störungen, allerdings in viel leichterem Grade, aufwiesen. Der Beginn der Störung datirt bei dem Kranken aus der frühesten Kindheit, sie nahm stetig an Intensität zu, vom 22. Lebensjahre ab machte die Krankheit rapidere Fortschritte; in der kalten Jahreszeit waren die Erscheinungen stets viel hochgradiger. Befund im Jahre 1884. Beträchtliche Volumsvermehrung der Muskeln, auch der des Rumpfes und Halses; die Extremitäten sind dick und kurz. Im Ruhezustande sind die Muskeln

von normaler Consistenz, sobald sie sich contrahiren, sind sie hart wie Holz, und in Form von Beulen und unregelmässigen Wülsten stellenweise aufgetrieben. Die rohe Kraft der Muskeln ist erhalten, steht aber in keinem Verhältnisse zu der Volumensvermehrung. Electr. Erregbarkeit normal. So oft der Kranke eine Bewegung mittelst seiner Muskeln ausführen will, empfindet er eine Hemmung, eine Steifigkeit, die Bewegung verlangsamt und erschwert. Wird die Bewegung öfters hintereinander wiederholt, so mindert sich die Steifigkeit bis zu vollständigem Verschwinden: die letzten Stufen einer Treppe werden ganz leicht erstiegen, während die ersten sehr grosse Schwierigkeit machen; war Patient ermüdet und echauffirt, oder überhaupt erst tüchtig im „Gange", so lief er wie andere auch. Die Verff. registrirten graphisch mittest myographischer Curven die geschilderten Vorgänge an den Muskeln. Die Curven zeigen die zunehmende Erleichterung und Beschleunigung der einzelnen Bewegung bei häufigem Wiederholen derselben und das langsame Abschwellen der Contraction bei durch faradische Reizung hervorgerufener Zusammenziehung des Muskels. Interessant ist, wie Pat. die Hand gibt: er schliesst sie sehr rasch und prompt, kann aber dann immer sehr langsam und schwierig wieder loslassen. Aus liegender oder sitzender Stellung kann sich Pat. aufrichten ohne das bekannte an sich Hinaufklettern der mit Pseudohypertrophie Behafteten. Die Kälte wirkte sehr verschlimmernd auf den Zustand; jeden Winter trat Steigerung der Beschwerden des Patienten ein, die dann eine ganz grimassenartige Stellung des Gesichts und Sprachbehinderung bewirken konnten. Ferner wirken verschlimmernd die auf das Leiden gerichtete Aufmerksamkeit, die Furcht, aufzufallen, und sonstige psychische Erregung. An den passiven Bewegungen, den Functionen der Sinnesorgane und der inneren Organe, der Sehnenreflexe ist Nichts pathologisches zu bemerken; die psychische Funktionen sind durchaus normal.

Schoenthal (Heidelberg).

---

599) **Giraudeau:** De l'audition colorée. (Subjective Farbenwahrnehmungen beim Hören.) (L'Encephale Bd. V. Nro. 5. 1885.)

Verf. bespricht das bereits mehrfach beobachte, physiologisch ganz interessante Factum, dass manche Individuen beim Hören eines bestimmten Tones die Wahrnehmung einer bestimmten Farbe haben. Die beim Gesang und den Spielen von Instrumenten entstehenden Töne sind besonders geeignet, die audition colorée zu bewirken, gemischte Geräusche, z. B. Kanonenschüsse bringen eine gemischte Farbenwahrnehmung zu Stande. Am interessantesten ist die Thatsache, dass je *höher* der Ton, um so *heller* die Farbe ist; beim Hören eines Acords wird nur *eine* Farbe wahrgenommen, sind die Töne dissonant, — ein Gemisch von Farben. Nur das Hören von Vocalen, nie aber das von Consonanten ist von Farbenwahrnehmung begleitet. Die Farbe des Diphthonges setzt sich aus der Farbe der ihn zusammensetzenden Einzelvocale zusammen. Das entsprechende umgekehrte Phänomen, nämlich Töne

wahrzunehmen bei Wahrnehmung einer Farbe — ist viel seltener, aber immerhin beobachtet. Bemerkenswerth ist das Vorkommen des Phänomens bei mehreren Mitgliedern derselben Familie. Ueber das Zustandekommen des interessanten Vorgangs existiren viele Hypothesen, aber keine einzige erschöpfende. Einmal ist er von einem Laien an sich selbst nach Haschischgenuss beobachtet worden.

Schoenthal (Heidelberg).

---

690) **F. Vizioli:** Del morbo ipnotice (ipnotismo spontaneo, autonomo) e delle sue suggestioni: Der Morbus hypnoticus (spontaner, autonomer Hypnotismus) und seine Suggestionen.

(Giornali di Neuropatologia, Anno III. Fasc. 5 u. 6. 1885.)

Die Bezeichnung „Morbus hypnoticus" als besondere Krankheitsform rührt von Drosdow her, welcher dieselbe im XIII. Bande des Archiv f. Psych. u. Nervenkrkht. auf Grund dreier Krankengeschichten aufstellte. Die hier beschriebenen spontanen hypnotischen Zustände sind indessen sämmtlich atypisch, von dem klassischen, von Charcot aufgestellten Bilde des experimentellen Hypnotismus weit verschieden. Der Fall V.'s liefert dagegen zum ersten Male den Nachweis, dass der gesammte hypnotische Symptomencomplex spontan und zwar als Ausdruck einer selbstständig verlaufenden als Morbus hypnot. zu bezeichnenden Krankheitsform auftreten kann.

Die geringfügigen Abweichungen vom Charcot'schen Schema sind wohl kaum für die Aufstellung einer selbstständigen Symptomatologie zu verwerthen.

Es handelt sich um einen 20 jährigen jungen Mann aus vornehmer, erblich belasteter Familie, welcher vor der Entwicklung der in Rede stehenden Krankheit an hysterischen Symptomen und einer Perversion des Sexualtriebes litt.

Letzteres Missgeschick hatte zunächst eine melancholische Verstimmung und wahrscheinlich auch den Ausbruch der hypnotischen Anfälle zur Folge, welche in unregelmässigen Zwischenräumen in folgender Erscheinungsfolge auftraten.

1. Lethargisches Stadium: Erschlaffung sämmtlicher Muskeln bei erhaltenem Bewusstsein; Augen geschlossen. Nur unter grosser Anstrengung sind Muskelbewegungen und Sprache möglich. Ausgesprochene Hyperexcitabilität der Muskeln (selbständige, isolirte Muskelcontractionen bei Application leichter, localer Reize).

2. Stadium, bestehend in allgemeinen heftigen tonischen Krämpfen bei erhaltenem Bewusstsein.

3. Kataleptisches Stadium, dem 2. Charcot's entsprechend: Völlige Aufhebung des Bewusstseins, Flexibilitas cerea, totale Anästhesie.

4. Somnambulisches Stadium, das dritte nach Ch.: Rückkehr des Bewusstseins, der Sensibilität und des Gedächtnisses, und zwar sowohl für die anfallsfreie Zeit als für die Anfälle selbst, mit Ausnahme natürlich des vorigen Stadiums.

Da nach dem Erwachen jede Erinnerung an denselben wie an frühere Anfälle vollständig fehlt, so haben wir eine unvollständige Form des doppelten Bewusstseins. Das Erwachen wird durch Anblasen der während des ganzen Anfalls geschlossen gehaltenen Augen nach Aufhebung der Lider vermittelt, ohne welche Dazwischenkunft das letzte Stadium unbegrenzt fortbestehen würde.

Während dieses Stadiums war der Kranke Suggestionen aller Art zugänglich und zwar vorzüglich für solche, deren Eintritt erst in die Zeit nach dem Erwachen fiel. Er führte dann zur bestimmten Stunde und Minute in Folge eines völlig unbewussten aber absoluten inneren Zwanges jede auch noch so absurde, ja gesetzlich und moralisch verpönte Handlung (unmotivirte Beleidigung einer fremden Person, Diebstahl) aus. Ferner sah Verf. Hallucinationen und Illusionen sämmtlicher Sinne, heftige Schmerzanfälle und Lähmungen einzelner Gliedmassen mit Anästhesie genau zu der vorausbestimmten Stunde und Minute auftreten und wieder verschwinden, ohne dass bei gewissenhafter Beobachtung aller Vorsichtsmassregeln ein Verdacht auf Simulation bestehen bleiben konnte. Vielmehr gab beim letzten Versuche das Hinzutreten von der Willensthätigkeit entrückten Symptomen, wie Steigerung der Sehnenreflexe, erhöhte electrische Erregbarkeit und vasomotorische Störungen in dem gelähmten Gliede einen positiven Beweis gegen eine solche Annahme.

Bei der ausführlich gegebenen Darstellung des Verhältnisses zwischen Hypnotismus und forensischer Medizin schliesst sich Verf. eng an die Ansichten von Bernheim an.

Im Anhang wird über einen in der älteren ital. Literatur (Osservatore medico 1552—53) enthaltenen, von Prof. Cervello in Palermo sehr genau beobachteten und beschriebenen Fall von spontanem Hypnotismus referirt, welcher seiner Zeit wegen einer Reihe der wunderbarsten Erscheinungen allgemeines Aufsehen erregte.

Als ein bisher ganz räthselhaftes und wohl nicht allgemein anerkanntes Symptom mag erwähnt werden, dass zeitweise eine vollständige Transposition sämmtlicher Sinne in Hände und Füsse beobachtet wurde. Auch bot der Fall ein reines Beispiel des doppelten Bewusstseins.

In einer Anm. wird die Anwendung des Hypnotismus zu therapeutischen Zwecken durch 2 Beispiele illustrirt. Im ersten Falle gelang es, Verfolgungsideen durch Suggestion dauernd zu beseitigen; im zweiten wurden hysterische Symptome, wie Krampfanfälle, Singultus und Schlaflosigkeit erfolgreich bekämpft, während eine Paraplegie der unteren Extremitäten bis dato Widerstand leistete. Die Fälle sollen demnächst ausführlicher veröffentlicht werden. Nagel (Halle a. S.)

---

601) **Marandon** de **Mondyel** (Dijon): Attentats à la pudeur commis par un alcoolique; delirium tremens postérieur à l'arrestation. (Sittlichkeitsdelicte durch einen Alcoholisten begangen; Delir. tremens nach der Verhaftung.) (L'Encephale 1885. Bd. V. Heft. 3.)

Ein 33 jähr. Schuhmacher B. Alcoholist, aus einer Trinker-Familie stammend, hat seit 2 Jahren mit seiner 12 jährigen Schwägerin Sittlichkeitsdelicte begangen. Im Gefängniss bekommt B. einen Tag nach seiner Verhaftung ein mehrere Tage dauerndes Delir. tremens. B. hatte seit einem Jahre sehr enorme Mengen Schnaps getrunken, schon früher (vor 4 Jahren) hatte er einmal in Folge Absynthmissbrauches epileptische Anfälle gehabt, die nach Sistirung des Absynthgenusses prompt verschwanden. — Das Gutachten weist nach, dass der die Symptome des chronischen Alcoholismus aufweisende B. im Gefängnisse in Folge des plötzlichen Aussetzens des Alkoholgenusses einen Anfall von Delir. trem. gehabt hat; dass er jedoch zur Zeit der Begehung der Delicte nicht geisteskrank war; er war sich der Bedeutung seiner Handlung bewusst, wusste in sehr schlauer Weise sich vor allenfallsiger Entdeckung zu schützen u. s. w. B. suchte seine Handlungsweise mit dem Verhalten seiner Frau gegen ihn (sie war ihm thatsächlich zu wiederholten Malen untreu) zu entschuldigen. Unter Annahme mildernder Umstände verurtheilte der Gerichtshof ihn zu 3 Jahren.

Schoenthal (Heidelberg).

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Owinsk, (Posen), Assistenzarzt, 1500—2000 M. und freie Station. 2) Zwiefalten (Württemberg), Assistenzarzt, Oktober, 1400—1600 M. und freie Station. 3) Osnabrück, Assistenzarzt, sofort, 900 M. und freie Station. 4) Königslutter (Braunschweig), dritter Assistenzarzt, 1000 M. und freie Station. 5) Brieg (Schlesien), II. Arzt (unverheirathet!), 1. Novbr., 2400 M. und freie Wohnung etc. 6) Görlitz (Privat-Anstalt des Dr. Kahlbaum), Assistenzarzt. 7) Thonberg bei Leipzig (Privat-Anstalt des Dr. Güntz), II. Assistenzarzt. 8) Bonn (Prov. Irren-Anstalt), Volontairarzt für 1 Jahr. 600 M. und freie Station.

Um Einsendung von Separat-Abdrücken an den Herausgeber wird freundlichst gebeten.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychi
und
gerichtliche Psychopatho

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und
herausgegeben von
Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,
dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbs

Anze
dur
Nur
von T

9. Jahrg. 1. November 1886.

Inhalt.

I. Originalien.

Zur Therapie und Diagnostik des Hydrops genu inte

Von Dr. OTTOMAR ROSENBACH,
Privatdocent an der Universität Breslau.

Die in Nro. 5 dieser Zeitschrift enthaltene Mittheilu Collegen Pierson „zur Therapie des Hydrops articulorum i veranlasst mich über einen anscheinend völlig geheilten Fall genu intermittens, oder wie sich vielleicht bezeichnender recurrens, kurz zu berichten und einige Bemerkungen über und Prognose des seltenen und wie Pierson richtig ben teren ärztlichen Kreisen wenig bekannten Leidens anzufü

Die 18jährige Patientin, welche ich nur einmal zu sehen Gelegenheit hatte, gibt an seit nun 2 Jahren an einer anfallsweise in nicht ganz regelmässigen Intervallen auftretenden Kniegelenkaffection zu leiden, welche entweder nur in einem Gelenke (dem linken oder rechten) oder in beiden zugleich localisirt sei und die Function der betroffenen Unterextremität während der Zeit ihres Bestehens hochgradig hemme. Die einzelnen stets von ärztlicher Seite beobachteten Anfälle, welche in der ersten Zeit des Leidens in Pausen von 3—4 Wochen ohne jeden Zusammenhang mit der normalen Menstruation, aufgetreten seien, stellten sich in den letzten Monaten häufiger ein; sie beginnen mit schmerzhaftem Ziehen und dem Gefühl von Steifigkeit in den Gelenken, bei mässigem Schmerz auf Druck; bald zeigt sich eine mehr oder minder beträchtliche teigige Schwellung der Weichtheile um das Gelenk; die Bewegungsfähigkeit des Gliedes ist hochgradig erschwert, bisweilen völlig aufgehoben. Fieber soll nie vorhanden sein; die Schwellung der befallenen Partien und die spontane Druck-Schmerzhaftigkeit stehen in keinem constanten Verhältniss; bisweilen scheint es sogar als ob bei starker Schwellung der Hautdecken die Schmerzhaftigkeit eine geringere sei. Nach 3—6 Tagen schwellen die Theile ziemlich schnell ab, nachdem schon vorher die schmerzhaften Sensationen aufgehört haben und die Beweglichkeit des Gliedes ist nach wenigen Tagen wieder eine fast normale. Ein ätiologisches Moment für die Entstehung des Leidens wird nicht angegeben; stärkere Muskelanstrengungen oder Erkältungen haben keinen nachweisbaren Einfluss auf die Ausbildung der Anfälle. — Als ich die Patientin am Ende des Jahres 1882 sah, war zur Zeit gerade das rechte Kniegelenk befallen; doch sollte nach den Angaben der Kranken die Intensität der Affection diesmal keinen hohen Grad erreicht haben. Die Weichtheile um das Gelenk waren deutlich intumescirt, namentlich an den beiden Seitenflächen; die Patella „tanzte“ nicht deutlich; die Bewegungsfähigkeit war eine minimale. Druckschmerz war nur an einer Stelle (condylus intern. femor.) in mässigem Grade vorhanden; die spontanen Schmerzen hatten zur Zeit der Untersuchung schon sistirt; bei Bewegungsversuchen traten schmerzhafte Sensationen im Innern des Gelenks auf. Fieber war nicht vorhanden; die Hauttemperatur in der Gegend des Gelenks war nicht erhöht; der Urin war eiweissfrei, der Befund in den Brust- und Bauchorganen ein völlig normaler.

Da alle bisher vorgenommenen therapeutischen Eingriffe (Jod, Salicyl., Electricität, Arsen etc. erfolglos geblieben waren, so wurden auf meinen Rath Ergotineinspritzungen: (Ergotin 1,0, Aq. destillat. Glycerin aa 5,0) in Anwendung gezogen dergestalt, dass einen Tag um den anderen eine volle Spritze der Lösung in der Umgebung des rechten oder linken Kniegelenks zur Injection gelangte. Schon nach Application von 2 Spritzen war die Schwellung des Gelenks verschwunden und die Bewegungsfähigkeit des Gliedes wiedergekehrt. Nachdem 10 Spitzen einverleibt waren, wurde die Behandlung sistirt. Ein Recidiv ist bis jetzt nicht eingetreten; die Besserung hält also schon über $3^1/_2$ Jahre an.

So schlagend auf den ersten Blick unser Fall den Erfolg der von uns angewandten Therapie zu demonstriren scheint und so sehr wir demnach berechtigt wären den beiden Mitteln, die nach Pierson einzig und allein Vertrauen in der Therapie des Hydrops articulorum intermittens verdienen, nämlich dem Arsen und der electrischen Behandlung, die Ergotininjection*) anzureihen, so halten wir es doch für erspriesslicher bei der Beurtheilung des therapeutischen Effects einer Methode gerade in Fällen unserer Categorie uns eine gewisse Reserve aufzuerlegen. Bei einem Leiden, welches bei aller scheinbaren Regelmässigkeit des Zeiteintritts der Paroxysmen doch so grosse Verschiedenheiten in der Intensität und Dauer sowohl der einzelnen Anfälle**) als auch der aus den einzelnen Anfällen sich zusammensetzenden Serien aufweist, bei einer Affection also, die, wie eine grosse Zahl der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen beweist, mehrjährige Intermissionen macht, welche mit der in Anwendung gezogenen Therapie durchaus nicht immer in nachweisbarem Zusammenhang stehen, bieten sich doch allzuwenig Anhaltspunkte für eine den Anforderungen objectiver Kritik genügende Beweisführung in Betreff der Wirksamkeit der Behandlungsmethode, selbst wenn das Resultat ein so prägnantes, den therapeutischen Massnahmen sich so unmittelbar anschliessendes ist, wie in der vorliegenden Mittheilung. — Wie vorsichtig man in seinen therapeutischen Schlüssen namentlich bei allen einen gewissen intermittirenden Typus einhaltenden Affectionen sein muss, lehrt nicht nur die ausserordent-

*) Seeligmüller hat, wie wir hervorheben wollen, in seiner dankenswerthen Arbeit über Hydrops articulorum intermittens (Deutsch. medic. Wochenschr 1880. Nro. 5 u. 6) bereits die Absicht ausgesprochen in einem neuen ihm zur Beobachtung kommenden Falle des genannten Leidens einen Versuch mit Ergotininjectionen zu machen.

**) Wir möchten nicht unterlassen, hier die Möglichkeit zu betonen, dass die einzelnen von einander durch ein regelmässiges Intervall getrennten Relapse, welche zusammen eine geschlossene Serie bilden, d. h. von einer neuen Serie durch einen bezüglich der Dauer nicht bestimmbaren, aber die freien Intervalle zwischen den einzelnen Paroxysmen jedenfalls um ein Vielfaches überschreitenden Zeitraum geschieden sind, in einer Reihe von Fällen keine wirklichen isolirten Recidive, sondern nur Recrudescenzen der noch nicht erloschenen und gewissermassen noch fortglimmenden Localerkrankung sind, die vielleicht durch Bewegungen oder andere auf das scheinbar gesundete Glied einwirkende Schädlichkeit nach einer (gleichmässigen) Pause von neuem angefacht wird. So sehen wir ja auch beim acuten Gelenkrheumatismus nach anscheinendem Erlöschen des Localprocesses in einzelnen Gelenken Recrudescenzen nach einen fast regelmässigen Typus auftreten, die sich bei genauer Untersuchung nicht als neue isolirte Attaken, sondern als Exacerbationen der an Intensität verminderten, aber noch nicht zum völligen Verschwinden gebrachten primären Erkrankung herausstellen, welche sowohl durch Druckschmerzpunkte als auch durch gewisse leichte Functionsstörungen und vor allem durch intercurrirende, unregelmässige und unbedeutende Temperaturerhöhungen ihr Fortbestehen dem aufmerksamen Beobachter documentirt.

lich schwierige Beurtheilung des Effects der Antipyrese bei remittirenden und intermittirenden Fiebern, sondern auch das Studium der einzelnen Stadien langwieriger acuter Gelenkrheumatismen, bei denen die Behandlung mit Salicylpräparaten in jeder neuen Attaque einen zweifellosen Erfolg zu haben scheint, der nur dadurch getrübt wird, dass der anscheinend so schnell und völlig besiegte Feind nach kurzem hoffnungsvollen Intervall wieder in früherer Stärke seinen Einzug feiert, allerdings nur um ebenso schnell der Wirkung des Medicamentes wieder zu unterliegen. Gewinnt man es einmal über sich einen solchen Fall exspectativ (mit Fixation des Gelenks) zu behandeln, so überzeugt man sich, dass der Paroxysmus auch ohne die Salicylmedication nach demselben bestimmten Typus, in derselben Zeit, wie bei Anwendung des Mittels defervescirt, um nach einer Periode der völligen Latenz wieder auf der Scene zu erscheinen. Wir haben aus der Beobachtung einer Reihe solcher Fälle die Lehre entnommen in solchen protrahirten Fällen die kleineren Accesse gar nicht intern zu behandeln und nur bei intensiven Anfällen von dem so wohlthätig wirkenden Medicamente Gebrauch zu machen; denn dadurch wird der Verdauungsapparat der Kranken so viel als möglich geschont und die Möglichkeit gegeben im dringenden Falle mit den unumgänglich nöthigen hohen Dosen des Mittels vorzugehen. Wir kommen auf diesen wichtigen Punkt noch einmal zurück. — Ob die Anwendung der Electricität, die College Pierson neben dem Arsen als das einzig vertrauenverdienende therapeutische Agens rühmt, wirklich mehr als einen symptomatischen Erfolg gleich anderen derivirenden Methoden aufzuweisen hat, scheint uns nach eigenen Erfahrungen und auf Grund der Analyse des in der Literatur vorliegenden Materials recht zweifelhaft, da das in den einzelnen besonders günstig verlaufenden Fällen erreichte Resultat keineswegs ein so schlagendes ist, dass man sich den Gefahren einer Folgerung nach dem etwas discreditirten Schema post hoc, ergo propter hoc aussetzen könnte; namentlich wenn man, wie oben erwähnt die Schwierigkeiten in der Beurtheilung des Typus, der Zeitdauer und der Aufeinanderfolge der das Krankheitsbild zusammensetzenden Einzelanfälle erwägt und auch die bei anderen mit Schwellung der Weichtheile einhergehenden acuten und subacuten Gelenkaffectionen durch Electricität erzielten Erfolge mit kritischem Blicke betrachtet. Weder die Faradisation (mit feuchter Electrode oder mit dem elektrischen Pinsel) noch die verschiedenen Formen der Galvanisation haben uns, wenn wir von einer augenblicklichen, auch nur in der Minderzahl der Fälle eintretenden und bald verschwindenden Schmerzlinderung absehen, irgend welches Vertrauen in ihre therapeutische Wirkung einflössen können und unser Misstrauen gegen die Wirksamkeit dieser Agentien bei localer Application trifft in noch weit höherem Maasse ihre Distanzwirkung, d. h. den heilenden Effect, den die Application schwacher galvanischer Ströme am Rückenmark auf die Heilung von Affectionen entfernter Stellen durch Beeinflussung von Gefässnervenbahnen haben soll. Wir gestehen dieses Gefühl des Misstrauens bezüglich gewisser Mysterien der electrotherapeutischen Encheiresen offen ein auf die Gefahr hin eines unfruchtbaren Skep-

ticismus gegenüber gewissen durch die Tradition geheilig
Electrotherapie geziehen zu werden; wir haben uns a
jähriger Beobachtungen und theoretischen Raisonneme
häufig gemachten Versuche locale Störungen auf vason
flüsse zurückzuführen ebenso wenig erwärmen können w
streben die therapeutischen Erfolge der Electricität durch
von directen oder indirecten Einwirkungen des Strome
fässnerven plausibel zu machen. Es scheint uns auf G
liegenden klinischen und experimentellen Daten nicht
Circulationsstörungen, wie sie in specie beim Hydrops a
in Form von Oedemen der Weichtheile entgegentreten,
torische Einflüsse allein zurückzuführen, da es weder durch R
fässnerven noch durch ihre Durchschneidung je gelingt dauern
zu erzielen. Die nach Trennung der Gefässnerven eintrete
und stärkere Durchtränkung der Gewebe mit Blut wird
Action der Lymphgefässe und Beschleunigung des Blut
ausgeglichen; zum Oedem kommt es nur, wenn die *A*
venösen und Lymphbahnen, für welche ein directer Ei
torischer Nerven durch die bisherigen Forschungen n
wiesen ist, *verlegt* werden, wie dies z. B. bei der A
Entzündungserregern in den Geweben durch die Emigrati
Blutkörperchen und andere active (Schutz-) Vorrichtu
ganismus geschieht. Wir könnten desshalb, so sehr wir a
Punkten namentlich bezüglich der Auffassung von der
der bisherigen Therapie, den Ausführungen Seeligmüller
die von dem genannten Forscher zur Erklärung der G
drops formulirte Ansicht von der vasomotorischen Natur
selbst dann nicht als befriedigend ansehen, wenn prägn
nungen von Seiten der vasomotorischen Sphäre (Hyperä
Temperaturerhöhung oder wenigstens Gefässkrampf) a
symptome des Krankheitsbildes zur Beobachtung kämen,
unseres Wissens bisher noch nicht der Fall war. — Unser
nach kann der Hydrops articulorum nur durch locale ve
für die wir bei der eigenthümlichen Art der Störungen
kennen und die wir deshalb nicht als Ursache des S
plexes ansehen können oder durch locale *recidivirende*
processe wie sie auch sonst zu Gelenkerkrankungen fü
sein und es würden hier 2 Möglichkeiten in Betracht
lich das Eindringen von Infectionsträgern in die
mechanische mit der Function der Theile zusammenhänge
Da gegen die letztere Annahme die vorhandenen klinis
tungen und die Anamnese mit Evidenz sprechen — in
waren besondere traumatisch wirkende Schädlichkeiten
den —, da durch sie die wesentlichen Eigenschaften
namentlich die Regelmässigkeit der Anfälle nicht i
unserem Verständnisse näher gerückt wird, so bleibt w
deres übrig als die erste Möglichkeit zu acceptiren und e
mächtige und daher keine bedeutende allgemeine Reaction

erklären dürfte. Unsere Vermuthung dürfte dadurch an Wahrscheinlichkeit gewinnen, dass ja, wie jetzt nachgewiesen ist, die Affection nicht bloss die Kniegelenke betrifft — ein Verhalten, welches, wenn es constant wäre, jeden Erklärungsversuch unmöglich machen müsste —, sondern auch andere Gelenke ergreifen kann und zu gleicher Zeit bisweilen ergreift, wie z. B. in den von Kapper, Fiedler, Pierson berichteten Fällen. — Die Unwirksamkeit der sonst so leistungsfähigen Therapie mit Salicylpräparaten in unseren Fällen spricht nicht gegen unsere Auffassung, da ja dies Verfahren gerade bei den leichtesten Fällen von Rheumatismus oder bei Ergiffensein nur *eines* Gelenks, namentlich des Kniegelenkes, oft versagt, während es die schwersten mit *multipler* Gelenkaffection einhergehenden Formen oft in souveräner Weise beeinflusst, da es ferner oft bei protrahirten Fällen — und zu diesen gehören ja die intermittirenden Hydropsien fast durchweg — ohne Erfolg bleibt und da ja endlich die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, dass es sich um einen anderen Infectionsträger handelt als denjenigen, der beim acuten Gelenkrheumatismus die Hauptrolle spielt. Wir glauben also, um es kurz zu resumiren, dass der Hydrops articulorum intermittens nur eine *durch die äussere Erscheinungsform abweichende Abart des acuten oder subacuten Gelenkrheumatismus ist und dass die Quantität des Infectionsstoffes, die Localisation, die Art der Reaction bestimmter Individuen gegen die Noxe* die Ursache der anscheinend so characteristischen Abweichungen von dem gewöhnlichen Bild der Polyarthritis rheumatica ist. Werden doch auch andere Krankheitsprocesse, deren Aetiologie dieselbe ist, in der verschiedensten Weise durch äussere Bedingungen modificirt und Niemand, der nicht den Zusammenhang der Dinge kennt, würde glauben, dass die so differenter Krankheitsbilder der *acuten* oder *chronischen* Tuberculose (oder der acuten und chronischen Endocarditis), von anderen Processen ganz zu schweigen, derselben ätiologischen Einheit ihre Entstehung verdanken, und dass die scheinbar so characteristischen Verschiedenheiten des Verlaufes der acuten und chronischen Form (hier zeigt das Fieber einen exquisit intermittirenden Typus mit regelmässigen Intervallen, dort besteht febris continua, dort ganz atypische Temperatursteigerung, hier bestehen hochgradige Compensationsstörungen bei fast nicht nachweisbarer anatomischer Localisation, dort finden wir grobe anatomische Störungen ohne hervortretende Functionsveränderungen etc. —) nur auf Differenzen in der Menge des eingedrungenen Mikroorganismus oder auf Verschiedenheiten in der Entwickelung desselben, die von der Resistenzfähigkeit des befallenen Individuums, der Art der Localisation, den vorhandenen Compensationseinrichtungen abhängen*), zurückzuführen sind.

---

*) Vergl. unsere Bemerkungen über diese Verhältnisse in Eulenburg's Realencyclopädie: Artikel „Herzkrankheiten".

Aus diesen Bemerkungen geht wohl klar her
Diagnose des Hydrops articulorum intermittens für
rige halten; denn unserer Auffassung nach ist das L
Aetiologie noch seinem klinischen Symptomenbilde n
racterisirt als das auf den ersten Anblick den Ans
ches der characteristischen Criterien des Leidens
sein, um die Diagnose begründet erscheinen zu lass
fehlen? So lange nur die Kniegelenke als Prädilecti
krankung angesehen wurden, war ein Hauptunterschei
wenn auch kein theoretisch fundirtes — gegeben; d
aus dem Hydrops genu einen Hydrops articulorum ge
auch diejenigen Fälle in die Categorie des Hydrops
rechnet, bei denen entweder gar keine Kniegelenl
oder wo doch neben der letzterwähnten Localisation
deren Gelenken eine dominirende Rolle spielen, schei
keit der Diagnose eine unüberwindliche. Ja, würde
teristicum des Hydrops intermittens wenigstens das
tretens anführen um einen Krankheitsverlauf von gl
dauer und — wenigstens im Einzelfalle — Interval
bender Länge, als nothwendige Postulate für die Diag
so liesse sich doch noch mit einiger Mühe das Kran
aber in einer grossen Zahl von Fällen wird dieser
Rechnung getragen und es bleibt einzig und allein d
termittenz der Anfälle als Beurtheilungsmoment bestel
welches unserer Auffassung nach nicht genügt eine bes
Gelenkerkrankung abzuzweigen. Wir haben eine nic
Anzahl von Fällen gesehen, die wir zur Categorie d
mittens hätten rechnen können, wenn wir nicht ein
stab angelegt und *regelmässige* und zwar *lange* Pau
Intervalle den Verdacht einer blossen Recrudescenz eine
cesses nicht ausschliessen — Localisation in *beiden*
solute Fieberlosigkeit als unumgängliche Desiderate
erachtet hätten. Der letzterwähnte Punkt, das absc
Temperatursteigerung, könnte für die Diagnose des Hy
und für den Ausschluss gewisser protrahirter Forme
mus articulorum acutus eine grosse Bedeutung gew
einer so genauen Temperaturmessung nicht in praxi g
keiten entgegenstellten — namentlich was die ersten
dens anbelangt — und wenn es nicht doch auch g
der Basis des acuten Gelenkrheumatismus erwachsene
gäbe, in welchen in den späteren Stadien Fiebersteı
ganz fehlen oder doch nur ganz vorübergehend zur
men. — Bei dieser Sachlage wird man unsere Mein
scheinend so typische Krankheitsbild bei genauer An
Beobachtungen sich in ein sehr wenig definirbares
und dass dem diagnosticirenden Arzt im gegebenen F
liche Schwierigkeiten erwachsen, wohl beipflichten kön
so beherzigenswerthe Mahnung von Pierson das

diagnosticiren, um die Kranken vor der ruinösen Fütterung mit Salicylpräparaten zu verschonen, wird wohl so lange zu keinem greifbaren Resultat führen als nicht characteristischere Momente für die Differentialdiagnose zu Tage gefördert sind als bisher oder so lange man sich nicht entschliesst die in die Categorie des Hydrops intermittens zu rubricirenden Fälle einer scharfen Sichtung nach Massgabe unserer oben erwähnten Desiderien zu unterziehen. Bis dahin dürfte es zweckmässig sein die Specificität des Leidens nicht zu sehr zu betonen und bezüglich der Therapie ein einfaches exspectatives Verfahren einzuschlagen, um den Verlauf des Leidens in seinen Besonderheiten genauer studiren zu können. Wer zu diesem Verfahren keine Neigung oder kein Vertrauen hat, dem stehen ja verschiedene Behandlungsmethoden, Arsen, Electricität und Ergotininjectionen zur beliebigen Verfügung. Die Anwendung der Salicylpräparate ist — und hierin stimmen wir mit Pierson vollkommen überein — in allen subacuten und chronischen, namentlich aber in den Fällen von *fieberlosem* Verlaufe möglichst einzuschränken und auf den *Beginn des Leidens und stärkere acute Exacerbationen* zu beschränken. Dann aber sind grosse Dosen, wie sie bei Rheumatismus articulorum acutus erprobt sind, am Platze.

II. Original-Vereinsberichte.

59. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Berlin vom 17.—24. September 1886.

Section für Neurologie und Psychiatrie.

Originalbericht von Dr. Koenig (Dalldorf).

(Schluss.)

Discussion über den Vortrag des Herrn Binswanger:

Oppenheim: Er habe vor einiger Zeit in einer der Sitzungen der Charité-Aerzte über die Beziehung des linken Schläfelappens zur Aphasie gesprochen. Diese Erkrankungen führten zwar zur Aphasie; diese sei aber nicht genau characterisirt, namentlich sei keine Worttaubheit vorhanden. In einem Falle bestand während eines Jahres eine gemischte Aphasie, bei welcher die Symptome der Worttaubheit in den Hintergrund traten. Es fand sich ein circumscripter apoplectischer Herd alten Datums in der ersten linken Schläfewindung, der die Rinde und einen Theil der Marksubstanz durchsetzte.

602) Darauf hält **Rosenthal** (Wien) seinen Vortrag: *Untersuchungen und Beobachtungen über Morphiumwirkung:*

Schon Fröhlich und Lichtenfels haben in den 50er Jahren gezeigt, dass bei dem subcutanen Gebrauch von Morphium der Raumsinn herabgesetzt werde. Später zeigte Eulenburg, dass an der Einspritzungsstelle eine Herabsetzung des Tastsinnes nachzuweisen sei, ebenso an den sensiblen Zweigen der Hautnerven. Krämer zeigte, dass bei 0,015 Gr. schon nach 30 Minuten eine über den ganzen Körper eintretende Herabsetzung des Raumsinnes nachzuweisen sei,

welche Herabsetzung in der Regel in einer Stunde das Maximum erreichte. In Fällen von hochgradigem Morphinismus hat Vortragender eine regelmässige Herabsetzung des Blutdruckes wie des Tastsinnes nachgewiesen. Anders gestalten sich die Erscheinungen bei Dosen von 0,03—0,06 Gr. pro die, wenn sie Wochen und Monate gegeben werden. Die Kranken tragen eine auffällige Heiterkeit zur Schau, sind sehr gesprächig. Bei Gefühlsprüfungen zeigte sich eine ungewöhnliche Steigerung des Tastsinnes. An den Vorderarmen und Unterschenkeln war eine Doppelspitzenempfindung bei 15—30 mm. vorhanden. Auf dem Handrücken 5 mm (normal 18 mm). Bisweilen zeigte sich an der Wange bei einem einfachen Stich Doppelspitzen-Empfindung. Ueberdies war bei den Kranken eine auffällige Steigerung des Gefühles für mechanische Reize vorhanden, auch die galvanische Erregbarkeit war erhöht, die Patellarsehnenreflexe sehr lebhaft. Diese Erscheinungen verwandeln sich später in Depressionserscheinungen: Apathie, Herabsetzung der Willenskraft, der Schmerzempfindung, der Reflexe, der geschlechtlichen Erregbarkeit. Diese letzteren Symptome sind prognostisch ungünstiger als die ersteren. — R. stellte nun Versuche bei Hunden mit einer 2% Morphiumlösung an. Es wurde der Arterien- und Venendruck gemessen, sowie die Erregbarkeit des Vagus geprüft, desgleichen die Mittel, welche auf den Blutdruck wie auf die Vaguserregung sich von Einfluss erweisen. (Es folgt die Demonstration einer Anzahl hierauf bezüglicher Curven.)

Bekanntlich sinkt bei Morphiuminjectionen der Arteriendruck. Der Venendruck verhält sich folgendermassen: In vielen Fällen ist der Unterschied sehr unbedeutend; in manchen ist der Venendruck ein bedeutend höherer. Man kann darüber bis jetzt noch nichts näheres sagen; man muss an der Thatsache festhalten, dass oft nach der Injection der Arteriendruck ein niedriger, der Venendruck ein gesteigerter wird. Später sinkt der Venendruck wieder. Bei stärkeren Dosen sinkt der Arterien- und Venendruck sowie die Erregbarkeit des Vagus. Spritzte man dann Strychin ein, so stieg der Druck in allen Gefässen; diese Wirkung hielt sehr lange an. Spritzte man Chloral ein, so ging der Effect des Strychnin verloren und der Druck sank bedeutend. Es geht daraus hervor, dass das Morphium nicht blos auf den Arterien, sondern auch auf den venösen Druck einen grossen Einfluss hat und toxisch auf das Vaguscentrum einwirkt. Bei unregelmässigem Puls gelang es durch eine doppelseitige Durchtrennung des Vagus die Regelmässigkeit wieder herzustellen. —

War die Vergiftung eine hochgradige, so hatte das Strychnin gar keine Wirkung. — Auch für den Menschen ergaben sich gewisse therapeutische Winke: Bei schwerem Morphiumcollaps sollte man direct in die Venen injiciren.

Bei einer jungen Frau, die einen Selbstmordversuch mit Morphium gemacht hatte, vollständig collabirt dalag, deutlichen Trismus zeigte, injicirte Vortragender Brechweinstein in eine Armvene; bald hob sich der Puls, und nach 10 Minuten trat starkes Erbrechen ein (sie hatte 1,2 gr. Morphium genommen). Nach einigen Tagen

trat eine leichte Entzündung der Armvene ein, die sich aber sehr rasch wieder verlor. R. empfiehlt in ähnlichen Fällen Versuche mit Strychnin zu machen. Die Versuche seien noch nicht abgeschlossen, doch verlohne es sich, dieselben fortzusetzen.

603) **Remak** (Berlin): *Ueber faradische Entartungsreaction*:

Vortragender betont in der Einleitung, dass er schon früher eine Erscheinung in entarteten Muskeln beschrieben habe, darin bestehend, dass bei directer wie indirecter Reizung der Nerven die Muskeln mit träger Zuckung antworten; es sei das also eine gewisse faradische Entartungsreaction. Den Namen habe er deswegen gewählt, weil ihm als das Auffallendste erschienen sei, dass bei dieser Art der Reizung der Muskel mit träger Reaction antworte, während man gewohnt war, die Entartungsreaction nur als ein Accidenz der galvanischen Reizung zu betrachten. 1882 kam Kast auf die Remak'sche Beobachtung zurück und machte darauf aufmerksam, dass schon von Erb die Erscheinung beobachtet worden war bei einer schweren Neuritis des Ulnaris. Kast beschrieb selbst einen Fall von pacchymeningitischer Wurzellähmung beider Peronaei. Kast machte ferner darauf aufmerksam, dass diese Reaction als idiopathische Form vorkommen kann, aber auch als regenerative und verwies auf die Analogie mit dem rothen Kaninchenmuskel. Erb nannte sie „partielle E. A. R. mit indirecter Zuckungsträgheit.“ Bezüglich der prognostischen Stellung waren Erb und Kast einig, dass die Prognose eine bessere sei, als bei schwerer Entartungsreaction. R. glaubt nicht, dass dies für alle Fälle giltig sei. Stinzing und Gessner erzeugten diese Form auf experimentellem Wege.

Vortragender hat die Erscheinung in mehr als 20 Fällen beobachtet; sie ist also immerhin nicht allzuhäufig. Der Löwenantheil fällt den traumatischen Lähmungen zu. Der facialis scheint eine besondere Immunität gegen diese Entartungsreaction zu besitzen; R. hat sie hier nur selten gesehen, einmal bei einer syphilit. Diplegie.

Ferner hat er einige Fälle beobachtet, welche zeigen, dass die faradische Entartungsreaction und die indirecte Zuckungsträgheit Erb's nicht immer identisch sind. In einem Falle konnte er schon am 5. Tage vom Nerven aus eine träge Zuckung beobachten, während noch keine faradische Ea. R. vorhanden war. Ein analoges Verhalten hat er gesehen bei der Regeneration eines Falles von Peronäuslähmung eines 17. j. Menschen, die nach einer Operation zurück geblieben war; 8 Wochen darauf kam er in R's Behandlung mit Ea. R. Im Anfange des 6. Monats stellte sich die Motilität wieder her und vom Nerven her die Erregbarkeit, aber verlangsamt. Diese Erscheinung konnte er durch viele Monate beobachten, ohne dass die musculäre Erregbarkeit für den faradischen Strom wiederkehrte. Noch ein anderer Regenerationsmodus ist von theoret. Interesse: 1) Bei einem Falle von Plexuslähmung nach Fractur der Clavicula trat innerhalb der Behandlung nach einiger Zeit die Erscheinung auf, dass der Biceps erregbar wurde für den faradischen Strom bei directer Reizung; 5 Wochen später auch vom Supraclavicularpunkt aus. 2) in 3 Fällen von Bleiläh-

mung: Bei vorsichtiger Isolation gelingt es in ein
dische Entartungsreaction im Extensor dig. com. 1
haben es hier mit einem musculären Phänomen zu
hat dies schon früher beobachtet in einem Falle v
1885 hat es Stinzing neu entdeckt. Diese E
überein mit physicalischen Experimenten von Gess
dass die faradische Erregbarkeit wiedergekehrt sein
erregbar geworden ist. Also *die indirecte Zuckun*
von Erb *aufgestellt worden ist, fällt nicht nothwe*
der faradischen Ea. R.

Discussion: Bernhardt fragt, ob die faradi
bei degenerativen Prozessen der Nerven vorkomm
zur Ea. R. die Erscheinung rechne, wie er sie
gefunden hat, welche längere Zeit grosser Kälte
dass nämlich bei der faradischen Reizung die Zu
Kälte ausgesetzten Muskeln eine grosse Trägheit
nur träge Zuckung oder Ea. R.?

Hitzig hat 2 Fälle, die hierhin gehören, b
ist ein solcher, wie ihn Bernhardt meint. Es
Veränderung auch rein functionell vorkommen kann

Remak: Die Beobachtung Bernhardt's sei
der sei über das Verhalten der Nervenerregbarkeit
Uebrigens sei gegen B. und H. zu betonen, dass
Reactionsformen immer nur eine Theilerscheinung
waren, bei welcher der sonstige Befund der galvanc
das Vorhandensein degenerativer Störungen unzw
Dass übrigens Trägheit der farad. Zuckung auch au
vorkommen könne, ist nicht ausgeschlossen.

604) Hierauf spricht **Meschede** (Königsberg) über:
und pathogenetisch wohl characterisirte Form von

In einer nicht ganz geringen Zahl von Fällen
rung in dem intellectuellen Gebiete die Hauptsac
Störung auf dem affectiven Gebiete zurücktritt. M
hierhergehöriger Fälle beobachtet, welche sowohl d
schaftliche ätiologische Begründung als durch die kli
der Psychose soviel Characteristisches darbot, dass
eine besondere Gruppe zusammenfassen zu sollen.

Sie ist dadurch characterisirt, dass *primär* e
des Vorstellens und der intellectuellen Fähigkeit I
bestehend, dass grosse Complexe von Gedächtnis
wie mit einem Schlage ausgelöscht erscheinen, dass
in der Aussenwelt nicht mehr zurecht findet, kurz
bietet, wie er seit einiger Zeit unter dem Namen S
kennzeichnet worden ist. *Diese* Seelenblindheit abe
ist das 2. Kriterium. Das 3. Kriterium ist die Al
wie erheblicher Störungen auf affectivem Gebiete.
zeichnen die ätiologische Begründung: In allen F
plötzlicher Schreck oder ein analoger schwerer psy

Beispiel: Ein sonst ganz gesundes Dienstmädchen fällt in einen tiefen Graben, ohne sich irgend eine äusserliche Verletzung zuzuziehen. Es zeigte sich hingegen ein Zustand von Seelenblindheit: sie konnte ihre Aufträge in der Stadt nicht ausführen und sich in derselben nicht mehr orientiren; bei Fragen staunte sie die Leute ohne Verständniss an.

Bei ihrer Aufnahme zeigte sich, dass sie sich nicht ausziehen konnte, sie legte sich quer in's Bett, beantwortete Fragen verkehrt oder gar nicht. Die nähere Untersuchung ergab Hyperalgesie längs der Wirbelsäule, Hauterythem, grosse Empfindlichkeit der Extremitäten, Halitus ex ore. Affecte auf dem Gebiete des Gemüthes waren nicht zu constatiren. Nach 2 Tagen trat schnelle Besserung ein, sodass Patientin nach einigen Wochen geheilt entlassen werden konnte.

Aehnliche Fälle sind bis jetzt beobachtet, aber nicht als besondere Gruppe aufgestellt worden, welche sich klinisch und pathogenetisch characterisirt.

Discussion. Mendel hält es nicht recht bewiesen, dass wir es nothwendig haben, für derartige Zustände eine neue Form aufzustellen. Ist nach der Heilung eine partielle oder totale Amnesie dagewesen für den Zustand? Er bezeichne einen solchen Zustand als Dementia acuta. Auch gegen den Ausdruck „Seelenblindheit" müsse er Einspruch erheben. Es sind eben einfach allgemeine Lähmungssymptome der Psyche vorhanden gewesen.

Sander stimmt mit Mendel überein, wolle nur noch darauf aufmerksam machen, dass derartige Zustände oft nach Erhängungsversuchen vorkommen. Hat die Kranke vielleicht grade menstruirt, und ist in dem Falle etwa eine Störung der Menses eingetreten?

Meschede glaubt, dass es nur verwirrend einwirken kann, wenn man den Begriff Dementia auf einen acuten Zustand anwenden wollte, sieht nicht ein, warum man so viel verschiedenes in einen Topf werfen solle.

Die Frage wegen der Menstruation beantwortet er dahin, dass Patientin nicht an Menstruationsstörungen litt.

Fürstner meint, es sei gefährlich, das Wort „Seelenblindheit" so anzuwenden, wie es der Vortragende gethan habe. Er habe aus dem Vortrage nicht entnehmen können, dass M. seine Patientin daraufhin untersucht hat. Im übrigen sei ihm dieses Krankheitsbild keineswegs neu. Die Kranken sind einfach desorientirt, wie es nach vielen Intoxicationen auch der Fall ist.

Meschede: Er habe allerdings auf Seelenblindheit untersucht, dies aber wegen der Kürze der Zeit nicht noch besonders angeführt.

Arndt möchte sich Fürstner anschliessen. Das Krankheitsbild habe er sehr oft gesehen. Die Fälle kommen aber meistens nicht in ärztliche Behandlung. Soche Fälle kommen auch vor nach Verletzungen (Shok). Es ist ein Stupor. Ob eine Affectstörung nicht auch vorhanden gewesen ist, sei sehr fraglich. Es entwickeln sich diese Bilder hauptsächlich bei nervenschwachen Leuten.

Hitzig: Er möchte nur bemerken, dass He
nicht in der Lage gewesen sei, die Kranke auf
untersuchen; denn dazu ist erforderlich, dass d
wusstsein habe.

605) Oppenheim verliest nun den Vortrag des
(London): *Ueber die behauptete Zunahme der*
England.

Da er kürzlich einige satistische Tabellen ar
die Frage zu beantworten, ob die von Andern behau
Geisteskrankheiten in England bestätigt werde durc
die sich aus den detinirten oder in den Irrenhäu
den Patienten ergeben, so glaube er, es würde der
resse sein, das Resultat zu erfahren.

1) Muss man sich bewusst sein, dass es tr
gibt, wenn man die Zahl der Kranken in den Anstal
den mit der der gegenwärtigen vergleicht. Wenn m
Weg geht, so findet man eine bedeutend grössere
krankheiten als früher. Denn auf 100 detinirte Ir
England im J. 1859 kommen jetzt 218, oder nac
Bevölkerungszunahme 154. Allein dieser ganze Zu
aus dem natürlichen Effect der Accumulation und de
lichkeit, die jetzt gegen früher in unsern Krankenhäus

2) Wenn wir also diese trügerische Untersuc
lassen und nur unter Berücksichtigung der Bevölkerung
die frisch in die Irrenhäuser aufgenommen werden, i
so finden wir eine Zunahme von 15%. Obwohl d
methode besser ist, als die vorige, so ist sie dennoc
frei, weil die in Irrenhäusern aufgenommene Fälle
correspondiren mit dem, was wir suchen, mit der Zah
zu verschiedenen Perioden; oder in andern Worten, n
die irre werden. Dies ist der einzige richtige P
hat T. versucht, die Zahl der Irrewerdenden in En
denen Jahren im Verhältniss zur Bevölkerung festzu
er einem Hinderniss begegnet nämlich die nothwendig
vom Jahre 1878 an zu haben. So kurz auch die I
doch das Ergebniss von Bedeutung und zeigt, zu
Schlüssen man kommt, wenn man dieser Untersuch
digt im Vergleich zu der, die lediglich die Zahl de
detinirten Fälle in den successiven Jahren in Rech
findet nämlich, dass im J. 1878 3,337 auf 10,000 Person
ersten Mal in Irnenhäusern aufgenommen wurden, und
Zahl 4 auf 10,000 nur erreicht worden ist; dass sog
am kleinsten von allen, nämlich 3,101 auf 10,000 h
sultate sind sehr befriegende, wenn sie auch nur di
betreffen, sie beweisen dass die angebliche Zunahme
heiten in England nicht vorhanden ist. —

Nun muss aber in Betracht gezogen werden,
liche Zahl von Personen geistig afficirt sind oder a

gehenden Attacken von acuter Geisteskrankheit in ihrem eigenen Hause leiden, ohne deshalb mitgezählt zu werden, so dass mit Hinzunahme dieser unregistrirten Fälle möglicher Weise eine Zunahme von Geisteskrankheiten besteht, die aber in der Statistik naturgemäss nicht mit in Rechnung gezogen werden. Desshalb erheben uns diese Statistiken nicht der Sorge, Geisteskrankheiten nach Kräften verhüten zu suchen.

606) **Moritz Meyer** (Berlin): *Ueber Neuritis als Ursache von Neurosen.* Es ist jetzt allgemein anerkannt, dass die Neuritiden sehr häufig vorkommen und als Ausgangspunkt für die verschiedensten Neurosen sehr wichtig für die Pathologie und Therapie sind. Nicht bloss die directen Verletzungen der Nerven wie Erkältungen, sondern auch das Uebergreifen von Entzündungen benachbarter Organe auf die durchtretenden Nerven ist als Krankheitsmoment anerkannt. Es können z. B. chronische Gelenkaffectionen, Sehnenscheidenentzündungen und Neubildungen Entzündungen der Nerven hervorbringen. Auch bei Tabes hat man Erkrankungen periph. Nerven nachgewiesen (Westphal), bei Eryspel (Leyden) bei Alcoholisten (Moeli), bei Diabetes mellitus (Ziemssen). Auch der Zoster wird in diesem Sinne aufgefasst. Der grösste Theil der sogenannten coordinatorischen Beschäftigungskrämpfe wie die peripheren Neuralgien nehmen ihren Ausgangspunkt von einer Neuritis, eben so oft der Tic douloureux.

Was die Beschäftigungskrämpfe anbetrifft, so beruhen diese auf einer Neuritis, die ihren Ausgangspunkt von den überreizten Nerven der Fingerspitzen nimmt und dann weiter kriecht.

Eine Cur führt nur zur dauernden Heilung, wenn die Anschwellung in den Nerven beseitigt ist. Bei frischen Fällen wird die Heilung bald erreicht, aber bei hartnäckigen Fällen, und wenn die Knoten ziemlich hart sind, ist oft eine sehr lange Cur nothwendig, aber selbst, wenn diese Cur gelungen ist, ist die Heilung nicht erreicht, wenn wir nicht die Schädlichkeiten von den Patienten abzuhalten suchen.

M. hat in einer Reihe von Fällen dauernde Heilung des Schreibkrampfes erreicht. Bei 2 bekannten Künstlerinnen einer Violinspielerin und einer Claviervirtuosin hat er die Neurose dauernd beseitigt. Die *erstere* litt als 16 j. Mädchen an einem starken Schmerz an der Kuppe des linken Zeigefingers; nachdem sie ihr Spiel 3 Monate lang liegen gelassen hatte ohne Erfolg, wurde sie 1881 Vortr. zugewiesen. Sie wurde galvanisch behandelt an einem schmerzhaften Druckpunkte in der Gegend des Plexus brachialis. Nach ca. 2 Monaten Heilung. Bis jetzt kein Recidiv.

Die 2. Künstlerin litt an einem Schmerz der innern Hals- und Schultergegend. Massage beseitigte den Zustand, doch trat nach 14 Tagen ein Recidiv ein. M. fand eine Druckempfindlichkeit in der Gegend des letzten Hals- und obersten Brustwirbels; nach 25 galvan. Sitzungen dauernde Heilung. —

Auch viele periph. Neuralgieen nehmen ihren Ausgang von einner Neuritis z. B. Ischias. Man findet oft den m. pyriformis angeschwol-

len, und darunter ist der geschwollene Ischiadicus
vielen Patienten, die an nervösem Kopfschmerz l
von Migräne hat M. oft in der Gegend der Proc. tran
Halswirbels schmerzhafte Anschwellungen gefunden,
zu sagen ist, wovon sie ausgehen. (Nerv, Periost
gräne Leidenden findet man leichte Anschwellunge
Gegend, die sehr weich sind. Man kann öfters d
Stellen einen Anfall auslösen.

Es gibt eben eine Reihe von Patienten, die
gung zu serösen Ausschwitzungen in die Nervensch
Fälle sind leicht heilbar, recidiviren aber gern.

Bei Occipitalneuralgien fand M. öfteres bohn
lungen zu beiden Seiten der Proc. transv. Auch b

Folgender Fall ist noch erwähnenswerth: E
die Frau eines Collegen. 1874 kam sie zu M. weg
der Innenseite des rechten Armes. Jahre lang rec
4 zu 4 Wochen. Es war die Austrittstelle des Medianu
4—5. Halsnerven geschwollen. Durch 8malige galva
wurde das Uebel beseitigt. Im Juli 1886 kam sie wie
nicht wiedergekehrt; aber sie hatte jetzt einen Tic
war zuerst im Herbst 1885 aufgetreten, ging aber da
Im April d. J. trat der Schmerz mit einer gross
so dass Pat. weder essen noch sprechen konnte. M
erwähnte Stelle noch etwas geschwollen; aber auch d
war jetzt afficirt. Diese Stelle allein wurde jetzt
8 Sitzungen Heilung. Patientin bekam aber wieder
sie ihn seit Jahren nicht gehabt, der auch geheilt v

Dieser Fall ist für die Existenz einer Neuri
kaum ein zweiter.

Wenn diese Betrachtungen richtig sind, so d
wisse therapeut. Schlüsse daraus ziehen.

1) In acuten Fällen soll man antiphlogistisch
und zwar Blutegel setzen, dann warme Cataplasmen
Faciallähmungen. Man wird dann im Stande sein,
artigen Fälle zu vermindern; ebenso werden die Rüc
viel weniger häufig sein.

2) Ist das acute Stadium verpasst, so muss
Massage nützt wenig.

3) glaubt M., dass in den Fällen, welche auf
nicht reagiren, die Nervendehnung anzuwenden ist.

Discussion. E r b kann diese Ausführungen
Protest lassen, namentlich was die sog. Coordinationsn
glaubt nicht, dass sie auf einer Neuritis beruhen.
rauf an, was man unter Neuritis versteht. Heutzu
sehr viel darunter, wir können eine Neuritis nicht an
keine Spur von Sensibilitätsstörung in dem Gebiete
Erb hat fast niemals neuritische Erscheinungen fin
schwellungen so gut wie nie trotz sorgfältigster

statiren können. Man muss hier sehr vorsichtig sein; und er möchte doch die Forderung aufrecht erhalten, die Diagnose einer Neuritis nur auf Grund objectiver Symptome zu stellen, die einfache Druckempfindlichkeit genügt nicht.

Benedikt möchte sich dem Vorredner anschliessen. Auch er hat die Erfahrung gemacht, dass die Fälle, welche man als Neuritis deuten kann, relativ selten sind. Damit verlieren natürlich die Beobachtungen Meyer's nichts an Bedeutung. Dass die Coordinationsneurosen nur selten auf reflectirtem Wege zu Stande kommen, ist auch ihm unzweifelhaft. Die Ueberzeugung habe er allerdings auch, dass das Chronischwerden der Neuralgieen stets ein Kunstfehler ist; er sei auch für Antiphlogose; die wichtigste A. ist die Ruhe; Morphiuminjectionen sind verwerflich. Als souveraines Mittel bezeichnet B. die „Points de feu"; er wendet sie nur selten an und zwar an den Austrittsstellen der Nervenwurzeln. Was die Massage anbetreffe, so spreche er sich nicht gerne darüber aus; es sei jetzt eben Modesache, und wer sich gegen die Mode auflehne, werde von derselben zermalmt. Durch die Massage würden oft künstlich Knoten erzeugt; diese würden dann für einen pathologischen Befund ausgegeben u. s. w. Es wird sehr viel Unheil damit gestiftet, weil die richtige Behandlung versäumt wird. Die Nervendehnungen setzt B. fort; er glaubt, dass man in 10 Jahren es als einen Kunstfehler ansehen wird, wenn man bei Tabes diese Operation unterlässt. Die Nervendehnung ist eine vollständig gefahrlose Operation. B. hat sie in allen Gebieten gemacht.

Bernhardt schlägt vor, perineurit. Exsudat anstatt neurit. E. zu sagen.

Fürstner fragt Benedikt: Wie sich dann die Erfolge der Nervendehnung bei der Tabes stellen.

Benedikt: Man dürfe nicht anmassend sein und stets eine vollkommene Heilung verlangen; man müsste zufrieden sein, wenn man Besserungen erziele. Wenn er z. B. einen Tabiker auf 3 Jahre gangfähig mache, so habe er etwas geleistet.

Fürstner: B. habe nur zugegeben, dass er vorübergehende Besserung erzielt habe; aber auch ohne Behandlung kämen derartige Besserungen vor. Er habe nur protestiren wollen gegen allgemeine Sätze wie den, dass das Unterlassen der Nervendehnung bei Tabes ein Kunstfehler sei; er halte das für sehr gefährlich, da es leicht dazu kommen könnte, dass das Publikum diese Operation verlangte, die jeder auszuführen nicht geneigt sein dürfte.

Benedikt: Seine Erfolge seien keine momentane, sondern lang andauernde; er habe früher dieselben Fälle anders behandelt und nichts erzielt. Uebrigens müsse er den Collegen bitten, ihm so viel Erfahrung zuzutrauen, dass er auch um die spontane Besserung von Tabes wisse, und solche Fälle zu unterscheiden verstehe von denen bei welchen der Erfolg sicher der Nervendehnung zuzuschreiben sei.

Meyer erklärt sich mit dem Namen Perineuritis einverstanden, für die Fälle, in denen Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen fehlen. Erb gegenüber bemerkt er, dass keineswegs in allen Fällen von Be-

schäftigungskrämpfen Sensibilitätsstörungen fehlen der erwähnten Violinspielerin, er freut sich übr Schlussfolgerungen über antiphlogistische Behand der galvanischen bei chronischen Fällen allgemein be seine Behauptungen von der Anwendbarkeit der gewisse Fälle keinen Widerspruch erlitten hätten.

607) **Meschede:** *Ueber Ossificationen der weichen*

(Vor seinem Vortrage bemerkt M.: Es sei seinen Vortrag (Tageblatt Nro. 6) von Farbenblind wohl auf einem Druckfehler beruhe, da von Farben nicht die Rede gewesen sei. Ebenso wenig habe Kranke des Gehörs entbehrt und ganz oder dauern gewesen sei; der Einwand Hitzig's beruhe dahe verständniss.)

Ossificationen der weichen Hirnhäute seien s dass sein Vortrag zu weiteren Veröffentlichunge möge.

Vortragender berichtet dann über folgende 2

1) Der erste Fall betraf eine 19 jähr. Geiste Verlaufe eines ausgeprägt melancholischen Zustande Krämpfen befallen und in Folge davon gestorben seits war sie hereditär belastet. Schon im 10. starke Kopfschmerzen mit Defluvium capill. einge bensjahre hatte Patientin einen Anfall von Melancl Bei der Section fand sich auf der Oberfläche des r ein $1^1/_2$ Ctm. langes und 1 Ctm. breites Knoche mater, welches sich von der Hirnrinde ohne Verlet heben und bei der mikroskopischen Untersuchung tur wirklichen Knochengewebes erkennen liess. sich noch mehrere kleinere Plättchen auf der Ob Hemisphäre zerstreut.

2) Der zweite Fall betraf eine an period leidende Geisteskranke. Hier war die Verknöche reicher und der Falx anliegend, sodass die Hyp rechtigt erscheint, dass durch den Druck, welchen d auf den Sinus ausgeübt haben muss, gelegentlich derung des Blutabflusses zu Stande gekommen s über die patholog. Anatomie der period. Geistess nichts wisse, glaubte Vortragender, auch diesen sollen.

608) **Goldscheider:** *Ueber eine neue Methode (peratursinnsprüfung.*

Die Dualität des Temperatursinns ist bekann uns die Nothwendigkeit hervor, die Kälte- und W gesondert zu prüfen. Hierfür ist von Eulenbu der eben merklichen Reizgrössen vorgeschlagen wo beruht nun darauf, dass der Temperatursinn bezügl Entwickelung an der Hautoberfläche beträchtliche D

diese entsprechen dem Nervenreichthum an den verschiedenen Stellen, und characterisiren sich dadurch, dass ein und derselbe Temperaturreiz an verschiedenen Orten ganz verschieden starke Empfindungen verursacht. Diese Differenzen zeigen bei den verschiedenen Individuen eine auffällige Constanz, und man darf sie desshalb als Grundlage einer klinischen Prüfung benutzen. G. untersuchte den Kälte- wie Wärmesinn in seinen physiolog. Abstufungen über die gesammte Körperoberfläche, zuerst an sich und dann an verschiedenen Versuchspersonen. G. reicht Tafeln herum, auf denen für die Kälteempfindlichkeit 12, für die Wärmeempfindlichkeit 8 Abstufungen angenommen sind. Ausserdem bestimmte er eine Reihe von anatomisch fixirten, leicht aufzufindenden Stellen, welche die verschiedenen Abstufungen mit einer genügenden Constanz repräsentiren und fast alle Nervengebiete vertraten, sodass an jedem Körperabschnitt alle hier vorkommenden Abstufungen vorhanden sind. Das Prinzip dieser Untersuchungsmethode besteht darin, dass bei patholog. Veränderung des Temperatursinnes an einem Körperabschnitt die Prüfungsstellen desselben verglichen mit physiolog. gleichstufigen Stellen normaler Gebiete, eine schwächere, beziehungsweise stärkere Empfindung zeigen.

Als Reizobject wird ein einfacher Messingcylinder an einer Handhabe von Hartgummi benutzt, welcher für die Kältesinnprüfung Lufttemperatur besitzt, für die Wärmesinnprüfung auf 45—50° erwärmt wird. Dieser Cylinder wird auf je eine Prüfungsstelle des zu untersuchenden Gebietes und eine gleichstufige eines gesunden Gebietes aufgesetzt, und es wird, wenn sich ergibt, dass die Empfindung an jener abnorm ist, die Stufe bestimmt, welcher letztgenannte äquivalent ist. Der Vorzug dieser Methode besteht in ihrer leichten Ausführbarkeit.

Discussion. Oppenheim fragt, ob die Methode eine grössere Bedeutung bei der Untersuchung am Krankenbette habe; er glaube nach eigenen Untersuchungen, dass eine sehr grosse Aufmerksamkeit seitens des Patienten erforderlich ist.

Goldscheider erwidert, dass er den Punkt der Intelligenz wohl erwogen hat; der Patient solle ja nur angeben ob die Empfindung kälter oder wärmer ist. Die Mehrzahl der von ihm Untersuchten sei sehr aufmerksam gewesen; die Untersuchung fessele ihre Aufmerksamkeit.

Remak bezweifelt, ob die physiologisch sehr interessante Untersuchungsmethode für die neuro-pathologische Diagnose grossen Werth habe.

G. hat etwa 120 Kranke untersucht und gefunden, dass der Temperatursinn einen regelrechten Antheil nimmt bei den patholog. Veränderungen der Sensibilität. Gerade desshalb ist eine handliche Methode wichtig und werthvoll. Neue neuropatholog. Resultate sind bis jetzt nicht *herausgekommen.*

J. Salgò (Budapest): *Ueber eine Form motorischer Störungen der Iris.* Ist als Originalaufsatz in Nro. 19 des Central-Blattes abgedruckt.

Discussion. Moeli glaubt auch, dass diese A
häufigsten bei der Paralyse sind, bezweifelt aber ih
noch auf Licht reagirender Pupille.

Salgò kann dies für die Mehrzahl seiner Fä

Hiermit brechen wir den weiteren Abdruck der Bericht
das Tageblatt mit den Vorträgen erschienen ist. Red.

III. Referate und Krit

699) **N. Rogowitsch:** Zur Physiologie der Schild- u
ten Drüsen. (Aus dem physiologischen Laboratorium d
rijew in Kiew). (Medivskoje Obosrenie 1886 Nro. 14.) (

Die Versuche behufs Feststellung der physiologi
der Schilddrüse wurden an Hunden angestellt und z
Beiderseitige Exstirpation der Drüse führt in 3—4 Ta
Wochen unabwendlich zum Tode, während die ein
tragen wird; wird später die andere Hälfte abgetrage
der Tod, ein Ueberleben der Operation gehört zu den
dem Tode vorangehenden Krankheitssymptome sind s
denen nach Vergiftung mit Phosphor, Arsen u. dergl.
ersten Tagen nach der Operation ist das Thier, wenn
Narkose erholt, vollkommen munter, am 3—4 Tage w
tisch, es treten Zittern und krampfhaftes Zucken im
in den Extremitäten auf, der Gang wird unsicher, sch
erscheinen tetanusartige Zuckungen, besonders in de
Extremitäten und den Respirationsmuskeln, Trismu
Zu gleicher Zeit wird eine starke Herabsetzung de
bemerkt, auch sind die Sehnenreflexe weniger stark
Körpertemperatur ist nur in der Krampfperiode erhö
oder selbst etwas erniedrigt. Ferner fallen Respirat
den Thieren auf, welche zweierlei Art sind, die ein
die tetanischen Krämpfe bedingt, die anderen ersch
der spastischen Periode und äussern sich in der
Thiere mit grosser Anstrengung ein- und ausathme
zuweilen im ersten Tetanusanfall ein, zuweilen wiege
der Schwäche vor und gehen die Thiere nach 3—4
Erscheinungen der Kachexie und allgemeiner Paraly

Das pathologisch-anatomische Substrat dieser S
Todesursache bestehen in einer subacuten Entzünd
und des Rückenmarks (*Encephalo-myelitis parenchy*
die Blutgefässe sind stark überfüllt, die subadventiti
Rundzellen angefüllt, die graue Substanz ist mit
fettig-körnigen Zellen und allen möglichen Ueberg
beiden Zellenarten infiltrit, die Axencylinder, die
sätze und Nervenzellen selbst sind gequollen, die C
teren verwischt, die Kerne und Körper der Ganglien

den. Die Zellen in der Gehirnrinde der Hinterhörner des Rückenmarkes sind verschwunden und durch grosse, fettig-körnige Zellen ersetzt. Dieser pathologische Process ergreift vorwiegend die graue Substanz, während die weisse nur Aufquellung der Axencylinder und relativ geringere Infiltration mit runden und fettig-körnigen Zellen aufweist, im verlängerten Marke waren unter Andern die Kerne der Vagi, Hypoglossi und der Respirationscentren (Mislawski in Kasan) ergriffen. Am auffälligsten war unter den Affectionen anderer Organe die der *Hypophysis cerebri*, hier waren die interstitiellen Räume zwischen den Capillaren und Venen blutüberfüllt, gewisse glänzende Zellen vermehrt und stark colloid entartet; diese Veränderungen deuten auf eine verstärkte Thätigkeit des Gehirnanhanges hin.

Bei einseitiger Exstirpation begann nach einiger Zeit der übrig gebliebene Theil der Drüse an Gewicht zuzunehmen und wies das Mikroskop Proliferation der Epithelialzellen und Neubildung von Alveolen nach. — Die, durch eine compensatorische periphere Venaesection ausgeglichene Transfusion des Blutes eines erkrankten Thieres in das Gefässsystem eines gesunden ruft keinerlei krankhafte Symptome hervor und wird gut vertragen; wird aber ein solches Blut einem Thiere eingespritzt, dem eine Stunde früher die ganze Schilddrüse entfernt worden war, so treten krampfhafte Zuckungen in den Rumpfmuskeln auf und wird das Thier überhaupt unruhig, doch sind diese Symptome weniger ausgeprägt, als bei der selbstständigen Erkrankung und vergehen bald und dann entwickeln sich die Zeichen der Schilddrüsenexstirpation.

Nach Verf. Meinung stellt die Schilddrüse ein Organ dar, dessen Function in der Ausscheidung oder Neutralisation eines unbekannten Productes des (regressiven?) Stoffwechsels im Körper besteht; dieses Product häuft sich im Blute an und wirkt vergiftend und vernichtend auf das Centralnervensystem ein, den Tod dadurch bedingend. Wahrscheinlich spielt die Hypophysis cerebri eine ähnliche Rolle; dafür sprechen einerseits die oben beschriebenen Veränderungen des Organs nach Schilddrüsenexstirpation, andrerseits die relativ starke Entwickelung der Hypophyse bei Thieren, welche eine wenig entwickelte Thyreoidea haben.

Die Menge der Blutkörperchen war nach Entfernung der Schilddrüse nicht vermehrt. Die Untersuchungen wurden unter der Leitung der Proff. Bornhaupt und Tschirijew ausgeführt. Eine ausführliche Mittheilung mit Zeichnungen wird in den Kiewer Universitäts-Nachrichten und einem deutschen Fachjournal erscheinen.

Hinze (St. Petersburg).

---

610) **Bianchi** (Neapel): Un caso di sordità verbale. Il metodo pedagogico nella cura della stessa. (Ein Fall von Worttaubheit. Pädagogische Methode bei der Behandlung derselben. (Riv. sperim. di Freniatr. Vol. XII. Fasc. 1—2 1886.)

Ein 24jähriger Kaufmann, väterlicherseits neuropathisch belastet, welcher bisher ganz gesund gewesen war, wurde nach einem heftigen

im gegenwärtigen Falle intact war, beherrscht nur die Elemente der Schrift und bedarf zur Erzeugung ganzer Wortgebilde der Mitwirkung der betr. Gesichts- oder Klangbilder.

Die Dignität des Klangbildcentrums als Glied des bei der gesammten Sprachfunction zur Verwendung kommenden Apparates würde hiernach eine noch höhere und entscheidendere sein, als gewöhnlich angenommen wird.

Ueber den Verlauf des Falles ist noch zu bemerken, dass der Kranke, als bereits eine zusammenhängende Unterredung mit ihm möglich und die Besserung der Intelligenz wie der Sprache noch im Fortschreiten begriffen war, aus äusseren Gründen der Behandlung entzogen wurde. Nagel (Halle a. S).

---

611) **D. Nikolski:** Ein Fall von Amnesie und Lähmung nach Rückfalltyphus. (Russkaja Medicina Nro. 24 1886. (russich.)

Verf. theilt folgenden Fall mit, da er in der ganzen ihm zugänglichen Litteratur keinen derartigen nach Rückfalltyphus gefunden hat.

Pat. Fabrikarbeiter von 28 Jahren hatte eine gewöhnliche Recurrens mit zwei Rückfällen ohne jegliche Störungen von Seiten des Nervensystems durchgemacht. Einige Zeit nach dem letzten Rückfall trat plötzlich Lähmung des rechten Armes und Verlust der Sprache ein; die Augen starrten ins Leere und Pat. verstand nicht, was man zu ihm sprach. Am nächsten Tage stürmische Delirien; erschwertes Schlucken selbst von Flüssigkeiten. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus am 5. Tage nach Eintritt des Lähmungtzustandes ergab sich Folgendes: Lähmüng der rechten Gesichtshälfte und des rechten Armes; Stehen bei geschlossenen Augen auf dem rechten Fusse unmöglich; Gehen erschwert, schwankend. Gefühl im rechten Arme herabgesetzt, die Fingerspitzen ganz gefühllos; die electrische Empfindlichkeit der Hand erhöht. Die Zunge weicht beim Austrecken nach rechts ab, zittert. Die Sprache gleicht dem Babbeln Stummer, die Buchstaben w, d, n, z können gar nicht ausgesprochen werden; beim Sprechen, Wackeln mit dem Kopfe, blödes Lächeln. Pat. klagt über Kopfschmerzen und unbedeutende allgemeine Schwäche; Temperatur normal; Appetit gut; Puls regelmässig. Unter Anwendung von Abführmitteln, Kali bromatum und vesicatorien auf den Hals bessert sich allmählich die Sprache, der Kopfschmerz verschwindet. Der Arm wird electrisirt (wo? wie? Ref.) wonach die Beweglichkeit allmählich wiederkehrt. Nach zwei Wochen bedeutend gebessert entlassen, nach einiger Zeit als ganz gesund vorgestellt.

Buch (Willmanstrand, Finnland).

---

612) **P. Milowsorow:** Aetiologie der Eclampsie.
(Russkaja Medicina Nro. 23 u. 24. 1886.) (r

Verfasser theilt zwei Fälle von Eclampsie bei die er in Folge des Fehlens von Eiweiss im Harn, schwulst der Extremitäten, und da beide nach st wegung auftraten, für Eclampsia cerebralis hält.
Buch (Willmanstran

---

613) **N. Hamatai:** Ueber die polarisirenden l hypnogenen Zonen. (Aus der Nervenabtheilung de kenhauses.) (Russkaja Medicina Nro. 20. 1886.) (russich.)

Verf. stellte im Nov. 1885 dem Odessaer ärztli Kranken vor, der seit zwei Jahren an Hysterie in c figem Singultus und tetanischen Anfällen litt; diese Herzklopfen und Erweiterung des Gebietes des H auf tonische Zusammenziehung aller Muskeln des von klonischen Krämpfen unterbrochen. Die Anfälle monstrirt wurde, durch Reizung der Haut in der I lich hervorgerufen und durch Druck auf die Fossae il werden.
Buch (Willmanstra

---

614) **Liégois** (Nancy): Hypnotisme télephonique.
tisme expér. et thér. 1886, 1. H.)

Es ist gelungen verschiedene Personen nich Telephons in Hypnose zu versetzen, sondern ihnen s geriren; die Länge der Telephonleitung, die wohl spielt, betrug $1^1/_2$ Kilometer. — L. ist der Anschau und Suggestion auch mittelst des Phonographen au
Oberste

---

615) **Liebeault** (Nancy): Traitement par sugges l'incontinence d'urine chez les adultes et les enfant Incontinenz bei Erwachsenen und Kindern mittelst
(Revue de l'hypnotisme exp. et thér. 1886.

Es wurden 77 Kinder mit Incontinentia urinae lung unterzogen: Im hypnotischen Schlafe, wurd Idee suggerirt, dass sie das Bedürfniss zum Urini wenn die Blase voll ist, und dass sie aufwachen we zu entleeren. — In anderen Fällen wurde ihnen g 1 Uhr des Nachts ihre Blase entleeren würden.

Das Ergebniss war ein äusserst günstiges:

1. Heilung nach einer oder nach wenigen hy Sitzungen, späterhin Bericht über andauernde

2. Ebenso, aber ohne weitere Nachrichten	23
3. Günstiges, dauerndes Resultat nach längerer Behandlung	10
4. Besserung oder vielleicht Heilung, über die Persistenz ist nichts bekannt	9
5. Eine einzige Sitzung ohne Nachricht über den Erfolg	4
6. Weder Heilung noch Besserung	8
Summa	77

Die gleiche Methode wurde auch bei Erwachsenen (darunter eine 78jährige Frau) mit bestem Erfolge in Anwendung gezogen.

Obersteiner (Wien).

---

616) **K. Laufenauer** (Budapest): Hysterische Paraplegie in Folge von Auto-suggestion. (Orvosi Hetilap Nro. 39. 1886.)

Verfasser theilt einen interessanten Fall von Auto-suggestion aus seiner Klinik mit. Eine 55jährige Hebeamme wird wegen Fruchtabtreibung im Januar des Jahres 1885 zu 3 Jahren Gefängnisshaft verurtheilt. Im Gefängniss zankt sie sich mit einer ihrer Genossinen und wird von derselben geschlagen. Seit dieser Zeit verlässt sie nicht mehr das Bett, indem sie behauptet, nicht gehen zu können. Wegen verschlossenem trotzigem Betragen wird sie behufs Beobachtung auf die Abtheilung des Prof. Laufenauer transferirt. Beide untere Extremitäten sind contrahirt, die linke in Flexions-, die rechte in Extensionscontractur. Active willkürliche Bewegungen vollzieht die Kranke nicht; passive Bewegungen gelingen nur auf der rechten Extremität und hier auch nur mit dem Aufwande der grössten Kraftanstrengung. Beide untere Extremitäten sind in solchem Grade anästhetisch, dass die Kranke nur die tieferen Nadelstiche bemerkt, während die oberflächlichen Berührungen entweder gar nicht, oder sehr verspätet angezeigt werden. Die auf den unteren Extremitäten auslösbaren Reflexe sind in hohem Masse gesteigert. Die mit dem Marrey,schen Polygraphe aufgenommenen Patellar-reflex-curven sind $2^1/_2$ mal so gross, wie bei einem gesunden Individuum. Das Kälte- und Wärmegefühl ist auf den gelähmten Extremitäten abgestumpft. Die faradische und galvanische Nervenreizbarkeit, sowie die faradische Muskelreizbarkeit ist auf den gelähmten Extremitäten abgeschwächt, während die galvanische Muskelreizbarkeit zum Theil erhöht zum Theil erhalten ist (Entartungsreaction). Die perimetrische Untersuchung lässt eine beiderseitige Gesichtsfeldverengerung constatiren. Das Gehör ist beiderseits geschwächt, hauptsächlich aber links.

Die Gemüthsstimmung der Kranken ist veränderlich. Sie hat verschiedene Klagen: Kopfschmerz, Schwindel, Schlaflosigkeit. Das Gehen ist ihr unmöglich, sie bricht sofort zusammen und beginnt bitterlich zu weinen. Eine pünktliche chirurgische Untersuchung schliesst jedwelche Gelenkserkrankung der unteren Extremitäten aus.

Bei der Kranken werden vier Tage hindurch beide Extremitäten gewaltsam gestreckt und flectirt. Innerlich werden behufs Er-

leichterung der Suggestion Hämoglobinpastillen v
suche werden täglich mit solchem Erfolge vollführt
von Tag zu Tag besser und sicherer geht. Das
fühl und die electrische Reizbarkeit kehren schön
die Reflexerregbarkeit wird normal. Am 17. April
ganz sicher, die Gesichtsfeldverengerung ist ausgeg
nährung hat sich wesentlich gebessert. Die linkss
barkeit ist jedoch noch erhöht und die hysterische
scheinungen sind noch vorhanden. In solchem Z
Kranke von der Klinik entlassen. Die Paraplegie hi

Moravcsi

---

617) **E. Moravcsik** (Budapest): Daten zu den
und Athmungsverhältnissen der Hysterischen.

(Orvosi Hetilap Nro. 37. 1886.)

Verfasser untersuchte auf der Klinik des P
die Temperatur-, Puls- und Athmungsverhältnisse m
und theilt in seinem Artikel die durch drei Mona
epileptischen Frauen beobachteten Daten mit. Er
nisse in Folgendem zusammen:

1) In Bezug auf Temperatur, Puls und Ath
bei Hysterischen sehr oft unbegründete grosse Sch

2) Ohne jedwede organische Veränderung k
turerhöhung beobachten. Die Temperaturschwanku
mit psychischen Erregungszuständen zusammen.
Kranken „dass ihr Körper von Hitze überströmt wi
Kopf brennt" kann ihren Grund in einer solch ner
erhöhung (centralen Ursprungs) finden. Die Te
den Kranken wesentlich erhöht sein, ohne dass
wüssten und fühlen sich ganz wohl dabei.

3) Die Temperaturerhöhung steht nicht imm
mit der Steigerung der Herzaction und der Athmun
der Pulsschläge grösser bei niedriger Temperatur a

4) Häufig ist bei den Hysterischen jene Ers
Morgentemperatur höher als die abendliche ist.

5) Die grössten Schwankungen sieht man bei

6) In den meisten Fällen wird der Anfall du
der Pulsschläge und der Athembewegungen angezei

Pollák (Grosswar

---

618) **G. Seppilli** (Imola): Un caso di leucodermia
ditäre Leucodermie.) (Gion. ital. d. mal. vener. 1886.)

Ein maniakalischer Kranker von 17 Jah
zahlreicher über den ganzen Körper verbreiteten P
eine Stelle neben der Mittellinie, über der Stirne,
ganz weiss, pigmentlos und die Haare ebenfalls wei
Abnormität fand sich unter 27 Familienglieder 15

Oberste

---

619) **G. Seppilli** (Imola): Cancro della retro bocca. (Krebs des Pharynx.) (Arch. ital. p. l. mal. nervose 1886.)

Es handelt sich um den interessanten Fall einer 58jährigen Frau bei welcher ein von der hinteren Knochenwand ausgehendes Carcinom einerseits in die linke mittlere Schädelgrube eingedrungen war und dabei das Ganglion Gasseri und den N. abducens erreicht hatte, andrerseits aber den linken N. Sympathicus, speciell dessen Ganglion cervicale supremum umwuchert und seine Ganglienzellen zur Atrophie gebracht hatte.

Die wichtigsten Erscheinungen während des Lebens (alle linkerseits) waren folgende gewesen:

1. Verengerung der Pupille und der Lidspalte in Folge von Sympathicuslähmung.

2. Lähmung des Rectus externus durch directe Zerstörung des n. abducens.

3. Anästhesia dolorosa der ganzen linken Kopfhälfte bedingt durch die Wucherung des Tumors bis zum Ganglion Gasseri.

4. Leichter Grad von Taubheit links, auf Compression der Tuba Eustachii zurückzuführen.

5. Facialisparese mit Herabsetzung der electro-musculären (faradischen) Contractilität, die S. bei dem Mangel einer nachweislichen Facialisaffection durch trophische Störungen erklärt, die ebenfalls in der Sympathicuserkrankung begründet wären. —

6. Hemiatrophie der Zunge mit Ageusie, indem der periphere Hypoglossus und Glosso pharyngeus von dem Tumor umwuchert waren.

7. Anosmie in Folge von Wucherung der Tumore in die Nasenhöle.

Obersteiner (Wien).

---

620) **Gilson** (Paris): Les faibles d'esprit. (L'Encéphale 1885. Nr. 5.)

Unter den „Schwachen im Geiste" begreift G. hier nicht die offenbar Imbecillen, sondern die häufig (und zwar mehr ausserhalb der Anstalten) zu beobachtenden, Individuen, denen das psychische Gleichgewicht mangelt und die nicht im Stande sind, ihre Existenz selbstständig zu regeln. Sie gelten dem Laien schon zuweilen als sonderbar, excentrisch, oder als Originale; sie bieten nicht immer physische Degenerationszeichen. Der Lebenslauf dieser psychisch Defecten ist ziemlich characteristisch, wenn auch natürlich im Einzelnen oft recht verschieden sich gestaltend. Zunächst kommen sie schon in der Schule schlecht fort, später beginnen sie in abenteuerlicher Weise das Verschiedenste, und führen Nichts richtig durch, sind ein willensloses Spiel der Triebe. G. unterscheidet zweierlei Varietäten dieser Charactere: Die passiven und die activen. Die passiven Naturen unter ihnen sind leichtgläubig, furchtsam, haben nicht den Muth zu selbständigem Kampf um's Dasein und bilden so häufig gefügige Werkzeuge in der Hand überlegenerer Naturen; theilweise ziehen sie sich willig in Irrenanstalten zurück (wie ehemals in Klöster); — zum Theil fallen sie aber auch in schlechte Hände, indem sie sich überlegeneren

Naturen anvertrauen und dann sind sie gelehrige Sc[illegible] brecherlaufbahn. Die „activen" sind diejenigen, di[illegible] sächlichen Misserfolge, die sie, die verschiedensten T[illegible] virend, erleben, stets aufgeblasen und von sich eing[illegible] Häufig ist bei den psychischen Defecten die einse[illegible] von Talenten; oft ist es das Gedächtniss, anderema[illegible] lent für Rechnen, Musik, Zeichnen. Wichtig ist de[illegible] *moralische* Defect bei diesen Individuen; sie haben i[illegible] genügende moralische Widerstandskraft um ihren T[illegible] Hemmung angedeihen zu lassen um so mehr, al[illegible] sonders der Geschlechtstrieb) bei ihnen häufig abnor[illegible] vers sind (viele der „passiven" Päderasten, besonders sind Schwachsinnige). Sie begehen mit Bewusstsei[illegible] und der Strafbarkeit der Handlung „aus Dummheit Delicte: Sittlichkeitsattentate, Diebstähle, Brandsti[illegible] urtheilung dieser Fälle ist in foro oft sehr schwieri[illegible] sche Defect häufig schwer objectiv nachzuweisen un[illegible] solchen Individuen eine wenn auch nur theilweise Zur[illegible] bei Begebung der Handlung nicht abzusprechen i[illegible] sind über solche Kinder wenn möglich zu belehr[illegible] dies nur zu schwer) und, wenn nicht zur Interni[illegible] guter Bewachung derselben anzuhalten.

Schoenthal [illegible]

---

621) **C. Sighicelli** (Ferrara): L'uretano nei pazz[illegible] Geisteskranken.) (Archivio italiano per le malatie nervos[illegible]

Bei hysterischen Frauen im Aufregungszustand [illegible] Urethan mit Ausnahme eines einzigen Falles nur al[illegible] erschlaffung aber keinen Schlaf.

Auch bei Epileptikern war der Erfolg wenig [illegible] zweien brachten selbst 7 Grm. nur einen leichten Hal[illegible] Stunde Dauer hervor. Epileptische Frauen reagirte[illegible] ser gegen das Mittel, doch nur ganz ausnamsweise [illegible] Grm. ein Schlaf von 6—7 selbst 8 Stunden erzielt we[illegible] Fällen blieb die hypnotische Wirkung gänzlich aus. [illegible]

In melancholischen Zuständen ist die Wirkun[illegible] oder höchst unbedeutend, in der senilen und in de[illegible] mentia blieb der Erfolg in $^2/_3$ der Fälle gänzlich aus[illegible] versagte das Mittel vollständig. Am besten wirkte [illegible] in der chronischen und der acuten Manie, mit einer ei[illegible] (unter 11 Fällen) konnte durch 3—4 Grm. Schlaf er[illegible] Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht beo[illegible] Kranke geben ein Gefühl von Schwere im Kopfe, V[illegible] im Epigastrium an; nur nach sehr hohen Dosen wur[illegible] del geklagt. Das Urethan wirkt erregend auf die Ci[illegible] die Respiration wird ein wenig oberflächlicher. [illegible] Einfluss auf die Körpertemperatur wurde nicht const[illegible]

Oberstei[illegible]

622) **Federico Venanzio** (Mombello): Sondo per l'alimentazione artificiale modificata. (Eine neue Sonde zur künstlichen Fütterung.)
(Arch. ital. p. l. malatie nervose. 1886. 4. H.)

An einer gewöhnlichen Nelatonfütterungssonde wird oben ein Ovoid aus Guttapercha (etwa 2 Trinkgläser Flüssigkeit fassend) angebracht, welches mittelst eines verengten Halses weiterhin in einen Trichter übergeht. — In diesen Trichter giesst man in üblicher Weise die Ernährungsflüssigkeit; sollte dieselbe, wie dies mitunter geschieht, in Folge eines kleinen Hindernisses bei Oeffnungen der Sonde nicht ausfliessen, sondern sich stauen, so comprimirt man erst mit der linken Hand den Hals zwischen Trichter und Ovoid, und dann Letzteres selbst mit der rechten Hand, wodurch die Flüssigkeit weiter getrieben wird. — Obersteiner (Wien).

---

623) **Awtokratoff**: Primäre Verrücktheit mit Mord- und Selbstmordversuch. (Russisch Kowalewsk'y's Arch f. Psych. Bd. VIII. H. 1 und 2.)

Verf. berichtet über einen Fall eines 30j. Militärs, der hereditär belastet von den Kindesjahren der Onanie hingegeben, 1878 Syphilis durchmachte und in Folge von Sexualexcessen geisteskrank wurde.

Somatisch fand sich eine brachyoxycephale Schädelform, Parese des rechten Facialis, Ungleichheit der Pupillen, erhöhte Patellarreflexe. Psychisch: Beobachtungs- und Verfolgungswahn. P. verwundet plötzlich einen anderen ihm unbekannten Kranken, weil er diesen als Theilhaber der gegen ihn gesponnenen Intrigue wähnt. Diese That vollführte er, um auf die Anklagebank zu kommen. Nachher zündete er einige Mal seinen Strohsack an, jedoch kam er mit oberflächlichen Brandwunden davon. — Verf. betont mit Recht, dass die primär Verrückten die gefährlichsten Verbrecher werden können, da sie ihre krankhaften Ideen verheimlichen und die That systematisch durchführen. Die Diagnose: Primäre Verrücktheit ist in diesem Falle richtig und braucht nicht mit Melancholie vereinbart zu sein, wie Verf. es thut. Dass Syphilis diese Krankheit hervorrufen könne ist zweifelhaft und ist desshalb die vom Verf. angegebene günstige Prognose der primären Verrücktheit luetischen Ursprungs wohl unhaltbar. Der Ausgang in secundären Schwachsinn ist ebenfalls nicht als günstig zu betrachten.

A. Rosenthal (Warschau).

---

624) **Hirschsohn** (Kursk): Simulirter Idiotismus. (Kowalewsky's Archiv f. Psych. Bd. VIII. H. 1 und 2.)

Ein 22j. Soldat wurde der Anstalt zur Untersuchung seines Geisteszustandes überliefert. Körperlicher Zustand vollständig normal. Appetit und Schlaf normal. Extremitäten in geringer Flexionstellung, Kopf gebeugt so, dass das Kinn das Brustbein berührt; passive Bewegungen treffen auf bedeutenden Widerstand. Die Haltung des P.

ist die eines apatisch Blödsinnigen. Gewöhnlich sprachlos, äussert P. unsinnige Phrasen. Befragt um sein Alter, antwortet er, „ich stehe auf dem Jahrmarkt", aufgefordert seinen Namen zu nennen äussert er: „die Pferde sind schön". Bei eingehender Untersuchung wurde eruirt, dass P. seinen Kopf gebeugt hält, um sein Gesicht den Blicken der Umgebung zu entziehen; dass er unbeachtet verstohlene Blicke umherwirft; dass die Beugungen des Kopfes und der Extremitäten nicht von Muskelatrophien verursacht sind; dass die ausgesprochenen Phrasen sinnlos sind, wie sie fast nie bei Geisteskranken bei längerer Beobachtung vorkommen. — P. wurde von Verf. absichtlich als Idiot designirt, eine zeitlang nicht näher beobachtet und in die Abtheilung für unreinliche Kranke überführt. Es gefiel ihm jedoch nicht hier und er bat um Versetzung in die frühere Abtheilung. Als ihm Verf. hierauf Simulation vorwarf, so entschuldigte sich P. dass er doch die Militärpflicht erfüllen wollte, indem er sich zur Losung stellte und sprach dabei ganz vernünftig. — Der abgegebenen Expertise zu Folge wurde er zu 3jährigem Strafdienst verurtheilt.

A. Rosenthal (Warschau).

---

625) **A. Pick** (Dobrzan): Ueber die Entlassung genesener verbrecherischer Irren. (Allg. Ztschr. f. Psych. Band 43 Heft 1 und 2. 1886.)

Verf. theilt die gesetzlichen Bestimmungen verschiedener Staaten über die Entlassungsfrage mit und kommt zu dem Schlusse, dass sich ganz besonders jene Anordnung empfiehlt, welche eine gewünschte Commission statuirt, deren Ausspruch als Basis für die endgiltige, die nöthigen Cautelen und Bedingungen für die Entlassung statuirende Entscheidung der Administrativbehörde zu gelten hat. Von besonderem Werthe ferner erscheint, dass die weitere Internirung nur für eine gewisse Zeit ausgesprochen, und dann die Angelegenheit zu neuerlicher Beurtheilung gestellt wird, was nicht blos im Sinne humaner Berücksichtigung der Interessen des Betreffenden gelegen, sondern auch für dessen psychischen Zustand von wesentlicher Bedeutung ist. Zur vollen Befriedigung der Postulate der öffentlichen Sicherheit bedarf es dann noch der Annahme des in Schottland mit so gutem Erfolge geübten und auch von einem der citirten amerikanischen Staaten acceptirten Modus der (auch ärztlichen) Ueberwachung solcher Personen nach ihrer Entlassung."

Kron (Berlin).

---

626) **Friedrich Mühlberger** (Kenneburg): Ueber die Bedeutung der Irrenanstalten für die Verhütung des Selbstmordes der Geisteskranken. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 43. Heft 1 u. 2. 1886.)

Um ziffermässig genau nachzuweisen, in wie vielen Fällen der Selbstmord Geisteskranker durch die Irrenanstalt verhütet wird, müsse man die Zählung auf die Anstalt beschränken und neben den in der Anstalt während einer bestimmten Zeit vorgekommenen Selbst-

morden, die in derselben Zeit beobachteten Versuche zum Selbstmord und endlich noch die in der Anstalt aufgenommen gewesenen einzelnen Kranken mit Neigung zum Selbstmord zählen. In diesem Sinne hat Verf. das betreffende Material der Anstalt Heppenheim von 9 Jahren (1876—1884 incl.) ohne weiteren Commentar wie folgt zusammengestellt:

1. Gesammtsumme der Aufgenommenen 1270. 2. darunter männliche Kranke 655. 3. darunter weibliche Kranke 615. 4. Zu 1 darunter mit Neigung zum Selbstmord 393. 5. Zu 2 darunter mit Neigung zum Selbstmord 146. 6. Zu 3 darunter Neigung zum Selbstmord 247. 7. Zu 4 darunter mit kurzer Vordauer der Krankheit (1 Jahr und weniger) 327. 8. Zu 5 darunter mit kurzer Vordauer 116. 9. Zu 6 mit kurzer Vordauer der Krankheit 211. 10. Zahl der Fälle, in welchen die Neigung zum Selbstmord erst nach der Aufnahme constatirt wurde 37. 11. Gesammtzahl der in der Anstalt 1876—1884 verpflegten Kranken. Stand am 1. Januar 1876 und Zugang 1548, 774 M. 774 W. 12. Gesammtzahl der in der Anstalt während 1876—84 beobachteten Versuche zum Selbstmord 174. 13. Hiervon auf der Abtheilung für männl. Kranke 22. 14. Hiervon auf der Abtheilung für weibl. Kranke 152. 15. Zahl der bei den Selbstmordversuchen betheiligten einzelnen Kranken 72 (14 M. 58 W.). 16. darunter mit kurzer Vordauer der Krankheit 54 (11 M. 43 W.) 17. Zahl der vollendeten Selbstmorde 3 (1 M. 2 W. sämmtlich mit kurzer Vordauer der Krankheit). Kron (Berlin).

---

627) **Osertzkowetzky:** Ueber Hysterie im Heere. (Trudy obschestwa wojennych wratschei Nro. 4. (Russkaja Medicina Nro 21. 1886.) (russisch.)

Verf. schildert 7 Fälle, die er Gelegenheit hatte zu beobachten. 5 betrafen Soldaten, einer einen Offizier von 34 und einer einen Beamten von 44 Jahren. Die Symptome bestanden in: Taubstummheit (! Ref.) Stummheit, in einem dieser Fälle bestand deutliche Lähmung der Stimmbänder; — Sehstörungen in Gestalt von concentrischer Verengerung des Gesichtsfeldes oder Hemiopie mit Hemianästhesie in einem Falle war polyopia monocularis; Anästhesie der Schleimhäute; Störungen der Hautempfindungen; (Anaesthesie und Analgesie war häufiger als Hyperästhesie, Paraesthesie bestand fast immer); Bewegungsstörungen in der Form von Hemiplegie, Paraplegie und spastischen Erscheinungen; Krämpfen in Gestalt von Zuckungen einzelner Glieder, Zittern des ganzen Körpers, Zittern bei activen Bewegungen und deutlichen Hystero-epileptischen Anfällen; in zwei Fällen spasmodische Zurückhaltung des Harns; in einem Falle Erhöhung der Temperatur auf 39° ohne jeden örtlichen entzündlichen Process. Verf. ist der Ansicht, dass hysterische Erkrankungen im Heere nicht sehr sellten seien, da er viele ausgesprochen hysterische Fälle unter den Soldaten fand, die zur Untersuchung wegen Epilepsie ins Hospital geschickt worden waren.

(Ref. glaubt, dass die Häufigkeit der Hysterie im Heere zum Theil wenigstens auf Leichtgläubigkeit oder Unerfahrenheit des Ver-

fassers beruht. Ref. hat in einem russischen Militairhospitale Erfahrungen gesammelt und im Verlauf vieler Jahre Gelegenheit gehabt ähnliche Fälle zu beobachten, kaum aber einen einzigen, der sich nicht als simulirt herausgestellt hätte. Simulirt wird häufig mit einer unglaublichen Raffinirtheit, Ausdauer und Consequenz. Characteristisch ist, dass, wie Verfasser mittheilt, auch die sorgfältigste Behandlung mit Wasser, Electricität oder Narcotica *nicht den geringsten Einfluss* auf Intensität noch auf Häufigkeit der Anfälle hatte!)

Buch (Willmanstrand, Finnland).

---

628) **W. Sommer** (Allenberg): Beiträge zur Kenntniss der Militärpsychosen. (Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 43 Heft 1 u. 2. 1886.)

Verf. benutzte als Material für seine Zusammenstellungen und Betrachtungen die Krankengeschichten der in Allenberg aufgenommenen Militärpersonen und zwar nur derjenigen, deren Psychose während der Dienstzeit oder einer Einberufung entstanden war (88 Fälle). Seine Resultate sind der Hauptsache nach folgende: die allgemeine Annahme, dass beim Militär Psychosen häufiger seien als beim Civil, wird in ihr Gegentheil verwandelt, wenn man nur die Altersklassen von 20—25 J. mit einander vergleicht. — Die einzelnen Truppengattungen liefern verhältnissmässig einen nahezu gleichen Antheil an Geisteskranken. Die Art des Dienstes spielt also bei der Entstehung der Psychosen keine Rolle. Die Morbidität der verschiedenen Chargen ist eine sehr verschiedene. Unterofficiere, namentlich aber Officiere erkranken weit häufiger als die Mannschaften. —

Die einzelnen Erkrankungen vertheilen sich ziemlich gleichmässig über die ganze Reihe der hier in Betracht kommenden Jahre, fallen also nicht vorwiegend in die Rekrutenzeit. Der militärische Dienst an sich gefährdet somit den Geisteszustand nicht. Im allgemeinen ergiebt sich überhaupt, dass der Militärdienst im Frieden keinen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung geistiger Störungen auszuüben vermag. Dagegen erkrankten im Kriege mindestens einmal so viel Soldaten als im Frieden. Die Heilungsresultate sind nicht nur bei den Kriegspsychosen, sondern auch bei den im Frieden entstandenen Affectionen im allgemeinen schlecht. Denn wenn so ausgesucht kräftige Leute, wie sie zum Militär gebraucht werden, psychisch erkranken, so müssen wohl schon schwere oder zahlreiche Schädlichkeiten auf ihr Nervensystem eingewirkt haben. Es ergiebt sich denn auch aus dem Allenberger Material, dass von allen im Dienst geisteskrank gewordenen Officiren 86%, von Unterofficiren 47%, von Gemeinen 56% in mehr oder weniger schwerem Grade schon vorher psychopathisch waren. Ungefähr die Hälfte aller überhaupt psychisch erkrankten Soldaten wäre daher voraussichtlich irre geworden, auch wenn sie nicht sum Milidärdienst ausgehoben worden wären. Bei den Friedenspatienten zteigt die Procentzahl sogar auf 63%. Kaum der 3. Theil der später im Frieden irre gewordenen Soldaten war daher bei seinem Eintritt in die Armee in psychischer Hinsicht völlig gesund. Ausser der

ererbten Disposition ist die erworbenene in Rücksicht zu ziehen. Hierher gehören Kopfverletzungen mit Gehirnerschütterung, Ausschweifungen, besonders in venere (auch Masturbation), wie in baccho, schwere Erkrankungen wie Meningitis oder Typhus, Hitzschlag oder indirect durch Erschöpfung wirkenden Zustände wie Dysenterie, Typhus, profuse Eiterung und schwere Verletzungen, *Lues*, endlich psychische Ursachen wie heftiger Schreck, anhaltende Sorgen, getäuschte Hoffnungen etc. (das sogen. Heimweh ist absichtlichtlich nicht berücksichtigt worden). So lässt sich bei 75% aller geisteskrank gewordenen Soldaten die Entstehung des Irreseins auf ganz bestimmte ätiologische Schädlichkeiten zurückführen. Rechnet man die Prädisposition hinzu, so kommen im ganzen 117 Belastungen auf 88 Individuen. Man kann also fast bei allen Irren aus dem Soldatenstande einen mehr oder weniger ausreichenden Grund zur Erkrankung nachweisen, der ausserhalb des militärischen Dienstes liegt.

Was die verschiedenen Formen des Irreseins betrifft, so ist auch beim Militair die Melancholie als die häufigste Form der frischen Geistesstörungen anzusehen. Das Heimweh übt augenscheinlich keinen Einfluss auf die Entstehung der Melancholie aus; dieselbe scheint auch erst in der zweiten Hälfte der Dienstzeit entschieden häufiger auszubrechen, während die characteristische Erkrankung der Rekruten eine gewöhnlich schnell zur Genesung gelangende Tobsucht ist. Bei den Unterofficieren traten die heilbaren Erkrankungen ganz beträchtlich zurück. Melancholie und Manie finden sich nur bei 26% der Erkrankten (gegen 60% bei den Mannschaften) Paralyse dagegen bei 31%. Am häufigsten werden die Unterofficiere paranoisch (42%). Die Officiere sind noch ungünstiger daran. Nur 14% sind heilbar. 36% verfallen der Paranoia (fast immer religiöse oder hypochondrische Form), 50% *aber der Paralyse.* Kron (Berlin).

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Bunzlau (Schlesien), III. Arzt, sofort, 1500 M. und freie Station. 2) Pfullingen (Württemberg), II. Arzt, 2000—3000 M. 3) Königslutter (Braunschweig), dritter Assistenzarzt, 1000 M. und freie Station. 4) Brieg (Schlesien), II. Arzt (unverheirathet!), 1. Novbr., 2400 M. und freie Wohnung etc. 5) Görlitz (Privat-Anstalt des Dr. Kahlbaum), Assistenzarzt. 6) Bonn (Prov. Irren-Anstalt), Volontairarzt für 1 Jahr. 600 M. und freie Station.

Ernannt. Dr. Schuchard in Bonn zum Director der Irrenanstalt Sachsenberg.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

jede zwei Bogen stark,
Abonnement pr. Quartal
4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

durchgehende Zeile.
Nur durch den Verlag
von Theodor Thomas
in Leipzig.

für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

9. Jahrg. 15. November 1886. Nro. 22.

Inhalt.



I. Originalien.

Aus dem Luisen-Hospital in Aachen. (Abtheilung des Geh.-Rath Brandis.)

Ein Fall von traumatischer Epilepsie. Heilung durch Trepanation.

Von Dr. G. VÖLCKERS,

Hausarzt des Luisen-Hospitals.

Vor mehreren Monaten veröffentlichte Erlenmeyer*) einen Vortrag „über die Principien der Epilepsiebehandlung", den er im October 1885 in der ärztlichen Vereinssitzung in Coblenz gehalten hatte. Veranlassung hierzu bot ihm ein Fall von traumatischer Epilepsie, welcher durch Trepanation zur Heilung gebracht wurde. Vor reichlich 2 Jahren kam im Luisen-Hospital ein fast analoger Fall zur Beobachtung, den ich mir hier mitzutheilen erlaube.

J. Wilden aus Rollersbruch, 26 J., ein gesund aussehender und kräftig gebauter Mann, erfreute sich von Jugend auf einer blühenden Gesundheit. Im Januar 1882 — reichlich $2^1/_4$ J. vor der Aufnahme in's Hospital — hatte er das Unglück, dass ihm beim Fällen eines Baumes ein schwerer Ast auf den Kopf fiel. Eine äussere Wunde am Kopf, welche ziemlich heftig blutete, wurde an Ort und Stelle gewaschen und die Blutung bald gestillt. Patient hatte volle Besinnung und nur wenig Schmerzen, so dass er allein nach Hause zu gehen beschloss. Nach wenigen Schritten wird er müde und es wird ihm daher ein Begleiter mitgegeben. Nach etwa 20 Schritten jedoch sinkt er bewusstlos zusammen; der Begleiter eilt fort, um einen Wagen zu holen. Als dieser nach einer Stunde zurückkehrt, ist das Sensorium wieder etwas freier geworden, indessen hat sich inzwischen eine starke Schwellung der linken Kopfhälfte, besonders in der Umgebung des Auges eingestellt. Patient wird nach Hause gefahren und in's Bett gebracht, wo er 3 Wochen lang meist in bewusstlosem Zustande lag. Als jetzt die Schwellung am Kopf geschwunden und die äusseren Wunden geheilt waren, verliess er das Bett. Auch jetzt soll er meistens noch irre geredet und thöricht gehandelt haben. Fünf Wochen nach dem Unfall sind keine Krankheitssymptome mehr vorhanden gewesen, vor allem keine centralen Störungen mehr beobachtet worden. Patient ging wieder seiner Beschäftigung nach und hat nach wie vor alle Arbeiten, die sich dem Berufe eines Ackerers bieten, geleistet.

Nachdem 2 Jahre völligen Wohlbefindens verstrichen waren, ist Patient im Januar 1884, als er beim Ackerpflügen war, plötzlich von Bewusstlosigkeit befallen und zusammen gesunken. Er hat dann etwa 10 Minuten bewusstlos gelegen mit eingezogenen Daumen und krampfhaft angezogenen Gliedern. Keinerlei Vorboten haben diesen Anfall eingeleitet. Am selbigen Tage wiederholte sich ein derartiger Anfall noch 6 mal. Dann war er wieder frei davon und ging seiner Be-

*) A. Erlenmeyer: Die Principien der Epilepsie-Behandlung. Wiesbaden bei Bergmann 1886.

schäftigung nach, bis im Februar ein neuer Anfall eint
zum 3. Male im April befallen wurde. Die Anfälle ware
artig und traten ohne Aura ein. Im April stellte si
ein continuirlicher, stechender Kopfschmerz ein, wodur
sonders zur Aufnahme in's Hospital veranlasst wurde.

Bei der Untersuchung fand sich vor Allem ein
median gelegene Impression des Schädeldaches. Diesel
den hinteren Theil des Stirnbeins und den vorderen de
beine umfassendes Oval mit dem längsten Durchmesser v
Richtung der Sagittalnaht, während der Breitendurchm
5 Ctm. betrug, auf jedes Seitenwandbein also 2—3 C
Unebenheiten und Rauhigkeiten fanden sich an der Scl
nicht. Druck auf die Impression war nicht empfindlich
nerlei Symptome hervor. An anderen Organen des K
sich keine Abnormitäten. Die Temperatur war normal,
und etwas gespannt, Frequenz normal.

Wir nahmen nun an, dass die im Anschluss an de
getretenen Erscheinungen durch eine Raumbeschränkung
theils durch die Impression theils wohl durch eine intra
tung veranlasst, eingetreten waren. Gegen Hirnerschütt
trotz der enormen Wucht des Schlages die Thatsache, d
erscheinungen erst eine Viertelstunde nach der Verletzu
sowie die lange Dauer derselben. Nach 5 Wochen ware
heitssymptome geschwunden, bis dahin wird voraussicht
sorption des Blutextravasats eingetreten sein und das Ge
mählich an den Druck der Impression gewöhnt haben.
vielfachen Beobachtungen scheint man zu der Annahme
sein, dass ein gewisser Grad von Compression längere
kann ohne die Functionen zu beeinträchtigen und ohne
gefährden. Indessen eine intercurrente, selbst geringe
intracraniellen Druckes ist im Stande schwere Druckersch
vorzurufen. Dies wird in Folge angestrengter Arbeit sich
Patienten voraussichtlich zugetragen haben.

Da nun durch die Anamnese erwiesen war, dass die
resp. epileptoiden Anfälle nach dem Unfall aufgetreten w
ner jedes andere ursächliche Moment fehlte, so waren w
die Impression hierfür verantwortlich zu machen. Die
war indicirt und wurde am 18. April 1884 von Gehei
dis ausgeführt.

Nach genügender Vorbereitung und Desinficirung d
wurde ein Hautlappenschnitt mit breiter Basis nach rec
welcher nach allen Richtungen den deprimirten Knoche
ragte. Die Peripherie der nunmehr freiliegenden imprimi
parthie wurde mit einem Drillbohrer trepanirt und zwa
Bohrlöcher von $^1/_2$ Ctm. Durchmesser in gleichen Abst
Brücken zwischen je 2 Bohrlöchern wurden dann durch
Hammer getrennt und dann allmählig die ganze Knoche
tragen. Dieselbe war theilweise mit der im Uebrigen

sehenden Dura verwachsen, in Folge dessen durch Sprengung der Adhäsionen kleine Blutungen aus der Dura eintraten. Die Blutstillung gelang durch leichte Compression, so dass keine Ligaturen nöthig wurden. Nachdem der Knochenrand geglättet, wurden die 4 Periostzipfel durch Catgut vereinigt und darauf der Hautlappen genäht. Drainage durch ein langes Gummirohr von vorn nach hinten. Torfpolsterverband.

Nach einigen Stunden stellte sich leichter Schwindel und Zuckungen in den Armen ein, welche jedoch nach einigen Minuten wieder schwanden. Die vor der Operation vorhandenen Kopfschmerzen schwanden am zweiten Tage, und kehrten nicht wieder. Am 13. Tage nach einem völlig reactionslosen Wundverlauf wurde der erste Verband gewechselt und das Drain entfernt. Nach Abnahme des 2. Verbandes war absolute Heilung eingetreten und Patient wurde am 12. Mai — also 24 Tage nach der Operation — entlassen. Er trug zum Schutze seines Kopfes ein weich gepolstertes Kissen, welches er durch eine seidene Mütze fixirte.

Etwa 2 Monate nach der Entlassung hat Patient bei der Arbeit noch einmal einen Schwindel bekommen. Es sind jedoch keinerlei Zuckungen eingetreten, auch ist das klare Bewusstsein keinen Augenblick getrübt gewesen. Dies ist die einzige Erscheinung, welche sich seit der Operation gezeigt hat.

So berichtete uns der Patient, als wir ihn am 15. August d. J. — fast $2^1/_2$ Jahre nach der Operation — zuletzt sahen. Er sah frisch und blühend aus und darf wohl als geheilt betrachtet werden.

II. Referate und Kritiken.

629) **H. Schmidtborn** (Mainz): Die Ursachen der Athembewegungen und ihre Bedeutung für den Kreislauf. Nach den Lehren von Alexander Diesterweg. (Wiesbaden bei J. F. Bergmann 1886.)

Die jetzt so ziemlich allgemein acceptirte Lehre von der Regulirung der Athembewegungen, wie sie namentlich durch J. Rosenthal's schöne Untersuchungen befestigt ist, nimmt als Reizursache für das Zustandekommen der Athmung bekanntlich die Venosität des Blutes an und verlegt den Angriffspunkt derselben in's verlängerte Mark und nicht an die Peripherie des Nervensystems. Je höher der Grad der Venosität des Blutes, desto mehr Erregung entsteht an den Centralstellen des Athmungsapparates und desto stärker arbeitet mithin derselbe, wie es den Bedürfnissen des Organismus entspricht. Wird die Venosität des Blutes durch äussere Einflüsse, z. B. durch künstliche Lufteinblasung unter eine gewisse Gränze herabgedrückt, so kommt bei normaler Erregbarkeit des verlängerten Markes gar keine Erregung im Athmungsapparate zu Stande. Die Periodicität der Athembewegungen aber ist nicht bedingt durch eine Periodicität des ursprünglichen Reizes, sondern dadurch, dass ein andauernd mehr oder weniger constant wir-

kender Reiz durch Hemmungsapparate im Centralorgan
Entladungen auf die motorischen Nerven verwandelt w
Beschaffenheit des Blutes greifen bekanntlich noch an
Faktoren, natürlich unter Vermittlung des Nervens
Athemmechanismus ein. Diese fremden Einwirkunger
solche, die sich dem normalen Athmungsreiz einfach hi
solche, welche die Hemmungen verstärken oder schwä
lich solche, welche die Erregbarkeit der Athmungsce
meinen verändern, sei es, dass sie dieselbe erhöhen o
In Bezug auf die anatomische Lage des Angriffspunkt
Einwirkungen entweder das Centrum des Athmungsap
längerten Marke selbst, oder sie treffen peripheris
centripetalleitenden Nerven, namentlich den nervus va
sern ja in verschiedenartiger Beziehung zum Athmungs
Freilich das Moment in der Venosität des Blutes, w
malen Athemreiz abgiebt, kennen wir nicht genau u
Punkt vielfachen Hypothesen unterworfen worden. —

Gegen diese Lehre trat im Jahre 1869 Alexan
weg auf, indem er vor allem eine primäre Einwirkung
die medulla oblongata bestritt und die nach Durchschn
fortdauernden Athembewegungen auf reflectorische Vo
führte. Da die herausfordernde Haltung seiner Sch
Anfechtungen erfuhren, so geschah es, dass in Folge des
lich der Inhalt ignorirt wurde. Verf. obiger Schrift
Untersuchungen mit vielem Geschicke zum Vorwurf u
wohl der Mühe, seinem Gedankengange zu folgen. Dre
stellt S. seinen Ausführungen voran, welche ihm gege
Rosenthal'sche Lehre von der Reizung der medulla d
thum in O — Armuth des Blutes zu sprechen schein

1) weicht der Bau der Ganglien des Respira
keiner Weise von dem Bau anderer Ganglien ab und
zusehen, wie diese auf einem bestimmten stofflichen R
dere nicht.

2) erleidet die betr. Lehre einen schon früher
wurf durch die Thatsache, dass der Fotus keine A
macht.

3) besteht ein Einwurf gegen die Lehre darin
Voraussetzung einer direkten Reizung der Med. oblong
eine dem Bedürfniss des Organismus proportionale Le
mungsapparates nicht möglich ist.

In Wirklichkeit entspricht nun — nach dem V
gehalt des zum Herzen zurückkehrenden venösen B
durch den Verbrauch von O. und die Erzeugung vo
rufenen Bedürfnisse des Organismus. Es würde demn
austausch in den Lungen der physiolog. Reiz für
gungen zu suchen sein, welcher auf der Bahn des
mungscentrum übermittelt wird. Da nun aber Durchs
vagi die rhythmischen Athembewegungen fortdauern l

der Athemzüge verringert, so bezeichnete **Rosenthal** den Einfluss des Vagus als einen Widerstandsvermindernden. Wenn man aber bedenkt, was Verf. im zweiten Theile des Werkchens, worauf wir hier nicht eingehen können, zu beweisen versucht, dass die Lunge eine Blutpumpe ist, welche das Blut von der rechten Herzhäfte zur linken hinüberpumpt, so muss nach Vagus-Durchschneidung eine Circulationsverlangsamung eintreten, und den Geweben weniger O zugeführt werden, ein Zustand, der schliesslich zur Erstickung führt. Der Reiz, welcher bei Vagus-Durchschneidung die Athemmuskeln trifft, ist ein pathologischer, der wohl einige Zeit das Leben unterhalten kann. Die dabei auftretenden Zuckungen, selbst nach Durchschneidung der med. oblong. vom Gehirn und Rückenmark, sind reflektorischer Natur. Das Zugrundegehen der Thiere scheint dem Verf. dadurch bedingt zu sein, dass der Athmungsapparat in seiner Leistung als Pumpe geschädigt ist und nur eine ganz unzureichende Menge Blut nach der linken Herzhälfte hinüberpumpt. Beim Neugeborenen tritt nach Unterbrechung des Placentarkreislaufes eine O Verarmung und CO^2 Ueberladung des Blutes ein, welche eine Reizung der sensibelen Muskelnerven zur Folge hat, dazu tritt noch der Reiz von Seiten der sensibelen Hautnerven. Der esrte Athemzug wird also durch pathologische Reize hervorgerufen. Die Steigerung des Reizes aber für die Endigungen der sensibelen Muskelnerven bei O-Verarmung und CO^2 Ueberladung des Blutes wird auf die Aktion der Blutzellen selbst zurückzuführen sein. Je O ärmer u. je CO^2 reicher die Blutzelle durch ihre Funktion wird, um so grösser wird auch der Reiz für die sensibelen Muskelnerven, und umgekehrt. Fassen wir nun das Gehirn als ein nutritiv thätiges Organ auf, so erklären sich leicht die fallsuchtartigen Krämpfe nach Abschneidung der Blutzufuhr (**Kussmaul-Tenner**), die von **Rosenthal** als Beweis direkter Erregung der nervösen Centralorgane herbeigezogen werden. In Folge der hochgradigen Veränderungen, welche nunmehr die Blutzellen erfahren, tritt eine Reizung der centripetalen Bahnen ein, wie sie bei den sensibelen Muskelnerven angenommen sind und diese Reizung löst in den Centren die fallsuchtartigen Zuckungen aus. Anders bei der commotio cerebri. Hier scheint ein Krampf der Gefässe und Capillaren zu bestehen, die Gefässwand wird dicker und der Austausch zwischen den Blutzellen und den Zellen, die ernährt werden sollen, ist beeinträchtigt. Die nutritive Reizung des Gehirnes sinkt und dies führt zu dem Torpor cerebri. Analog dem Tetanus der quergestreiften Muskeln erklärt sich Verf. den Shock und die Ohnmacht als Reflexkrampf der Gefässe. Die Apnoë, die als schwer wiegendstes Moment gegen die Auffassung, dass der Vagus der Erreger der Athembewegungen sei, angeführt wird, auch die Apnoë wird auf die Unterdrückung peripherer cellularer Vorgänge zurückgeführt. Wenn man nämlich das Blut mit O überlädt, so befindet sich im Blut so viel freies O, dass die Muskelzelle zunächst diesen verzehrt und die cellularen Vorgänge zwischen Muskelzelle und O tragender Blutzelle unterdrückt werden, so dass kein Reiz auf die sensibelen Muskelnerven mehr einwirkt. Nach Wegfall des constanten

nutritiven Reizes für die sensibelen Nerven der Athe
Vagus allein nicht mehr im Stande, eine Contraktior
auszulösen. Die Ergebnisse seiner Betrachtungen fi
genden Sätzen zusammen:

1. Die Athembewegungen erfolgen nicht durch
das Centralorgan wirkenden Reiz, sondern wie die
auf periphere Reize, welche im Centrum auf die mot
gehen.

2. Wir müssen zwei solcher peripheren Reize
a) die auf der Bahn der sensiblen Athemmuskeln, b)
des Vagus zum Centrum gelangenden Reize. Die
hervorgerufen durch den Muskelstoffwechsel, die let
funktionelle Restitution der Blutzellen in den Lunge

3. Wenn die nutritive Reizung der sensiblen M
Ueberladung des Blutes mit freiem O unterdrückt w
mag auch die Reizung des centralen Endes des Lun
bewegungen nicht mehr auszulösen; andererseits ver
Vagi durchschnitten sind, der durch die sensibelen M
Centrum übermittelte Reiz die Athmung in der norm
mehr zu erhalten und es treten sofort schwere patho
ein.

4. Die physiologische Ursache der Athembewe
in erster Linie in der auf der Bahn des Vagus zu
gelangenden Reizung zu suchen, da der Vagus alle
dürfnisse des Organismus proportionale Leistung de
rates zu vermitteln im Stande ist. —

Wir haben geglaubt, am gerechtesten zu ver
einfach beide Lehren neben einander hier niederset
natürlich, als die weniger bekannte, in grösserer Ausf
sind natürlich Hypothesen und es liegt den Vertheid
ob, die grössere Wahrscheinlichkeit hervorzusuchen.
wir uns jeglicher Kritik enthalten, indem wir hoffen
Auffassung nicht wieder todtgeschwiegen wird, sond
an zuständiger Seite verdient, die ihr in Wirklichke
Rosenthal selbst hält ja keineswegs an der autom
in der Medulla oblongata, wie an einem Axiom fe
unumwunden aus, dass der subjektiven Auffassung
raum gelassen werden muss, aber es scheinen ihm
seine Ansicht, wie für einen reflectorischen Ur
gungen in den Endigungen der Vagi oder welch'
Nerven zu sprechen. (Herrmann Handbuch d.
278.) Speciell für den Referenten, der über hier ei
einst selbst experimentell gearbeitet hat (Würzburg
1871, Seite 156) hat diese Lehre einige Skrupel,
zurückhalten will, die aber auch vom Verf. vielle
es augenblicklich scheint, sich lösen lassen.

Nach jenen Experimenten, bei welchen Thier
scheint es ziemlich wahrscheinlich, dass auch die Er

oblong. direkt neben der Venosität des Blutes als Reiz wirkt, die Apnoë kam, wie schon Ackermann gefunden, bei hoher Eigenwärme der Thiere, nicht mehr zu Stande. Ich sage, ziemlich wahrscheinlich, denn einige Einwände sind von mir an jener Stelle selbst gegeben. Ist dem so, so haben wir hier ebenfalls einen Reiz, der direkt central wirkt, denn die Versuche lehren, dass der Angriffspunkt in der Medull. oblong. statt findet, wie es auch durch v. Mertschinsky bestätigt ist. Letzterer kommt sogar zu dem Schlusse, dass der Athmungs-Typus in gesetzmässiger Weise von dem Temperaturzustand des Athmungscentrums in der Medulla abhängt. Schwer zu erklären bleibt auch der Umstand, dass Vagusdurchschneidung bei erhöhter Temperatur der Med. von gar keinem Einfluss auf die Frequenz war. Und nun zum Schlusse noch eins. So verdienstlich man auch das Werkchen von S., das doch ausschliesslich sich auf Experimente Anderer stützt und neue Schlussfolgerungen auf speculativem Wege zu Stande bringt, halten wird, so sehr muss man sich dagegen verwahren, dass Verf. Sätze von Diesterweg wiedergibt und dadurch doch gewissermassen zu den seinigen macht, wie: „Die Aktion des Obliquus abdominis externus *muss* abhängig sein vom Vagus — das Experiment mag zu dekretiren scheinen was es will.“ Wohin, so frage ich, würden wir in der Physiologie kommen, wenn der subjektiven Anschauung allein Thür und Thor geöffnet wäre? Gerade das Experiment ist das erlösende Etwas gewesen, was das Chaos der Ansichten und Meinungen, die noch vor Kurzem hier herrschten, etwas gelichtet hat.

Goldstein (Aachen).

---

630) **Allen Starr** (New-York): The intracerebral tracts. Their physiologie and its bearing upon the diagnosis of lesions of the centrum semiovale. (Die intracerebralen Züge. Ihre Physiologie und ihr Einfluss auf die Diagnose der Läsionen des Centrum semiovale.) (The medic. Record 13. Februar 1886).

Da Hirn-Tumoren und Abscesse, die man jetzt mehr und mehr chirurgisch anzugreifen versucht, vorzugsweise in dem centrum semiovale zu liegen pflegen und wir gerade über dessen Anatomie und Physiologie noch sehr im Unklaren sind, so bemüht sich Verf. die betreffenden Verhältnisse klar zu legen.

Die Mehrheit der *Fasern des betreffenden Projectionssystems* enden im Thalam. optic., der so mit allen Theilen der Hirnrinde verbunden ist; über ihre Functionen wissen wir nicht viel mehr, als dass ein Bündel derselben Impulse von einer Hälfte jeder Netzhaut zum gleichnamigen Hinterhauptslappen, ein zweites solche von beiden Ohren zu jedem Schläfenlappen bringt. Einige Projectionsfasern communiciren nicht mit den Basalganglien: wir kennen von ihnen 3 verschiedenen Bündel: — eins, welches jeden Stirnlappen mit beiden Kleinhirnhemisphären verbindet und über dessen Function wir Nichts wissen; ein zweites, dessen Fasern die motorischen Impulse zum pons, der medulla, dem Rückenmark u. s. w. bringen (der bekannte grosse motorische Tract, dessen Concentration in der Kapsel weit grösser ist, als im centr. semiovale);

endlich ein drittes, fast ähnlich verlaufendes, dessen Fasern hinter dem vorigen liegen, und der Leitung der Sensibilität dienen. In Bezug auf die beiden letzten Bündel wissen wir, dass Läsionen unter der 3. linken Stirnwindung motorische Aphasie, die unter den Centralwindungen im centr. ovale gesetzten Paralyse hervorbringen, und ferner, dass, je näher die Läsionen der Hirnrinde liegen, um so mehr die hervorgerufenen Symptomen denen der Corticalerkrankungen (Monoplegie, sensible Störungen eines Gliedes) je näher der Kapsel, um so mehr denen der Kapselläsionen ähneln (Hemiplegie, Hemianästhesie); endlich folgt aus jenem Faserverlaufe, dass eine Läsion, die im centr. ovale an einer hinter der fissur. praecentral. des Stirnlappens gelegenen Stelle sich befindet, erkennbare Symptome setzen muss, da sie entweder den motorischen oder sensiblen, oder „visuellen" oder „auditoriellen" Zug oder doch bestimmte Fasern desselben trifft.

Das zweite in centr. ovale in Betracht kommende *System, das commissurale* verbindet zum Zwecke harmonischer Action beider Hemisphären correspondirende Bezirke derselben miteinander, und zwar gehen die Verbindungsfasern zwischen den Stirn-Seiten, und Hinterhauptslappen beider Seiten in das corp. callos. (Spitzka), die von den Schläfenlappen kommenden in die vordere Commissur. Ueber die Function dieser letztern wissen wir Nichts.

Das dritte hier zu berücksichtigende System, das *Associationssystems* ermöglicht es, dass jede Hirnwindung mit jeder andern in Verbindung treten kann, insofern sie mit den beiden anliegenden durch Fasern verbunden ist, die um die trennende Fissur herumgehen; ausserdem aber gibt es noch Faserzüge, die zwischen mehr oder weniger entfernten Windungen die Verbindung herstellen. Hinsichtlich ihrer Function nimmt Verf. an, dass sie „die physische Basis für die Association concreter Gedächtnissbilder" abgeben; sie sind nothwendig zur Zusammenfassung verschiedener solcher Bilder in ein Ganzes, zur Bildung einer *concreten* Idee. Wo daher das centr. ovale krank ist, wird die Association von concreten Ideen und Gedächtnissbildern leiden. Es kann deshalb im gegebenen Falle wohl möglich sein, durch ein genaues Krankenexamen herauszufinden, welche Associationsfasern lädirt sind, wofür Verf. verschiedene Beispiele an- beziehungsweise ausführt.

Im Uebrigen ist es klar, dass durch eine Läsion des centrum ovale, die alle drei Fasersysteme getroffen hat, ein Symptomencomplex hervorgerufen wird, der die richtige Diagnose ermöglicht.

Voigt (Oeynhausen).

---

631) **E. C. Spitzka:** (New-York): The intra-axial course of the auditory tract. (Der Verlauf des Gehörtractus im Gehirn.) (New-York Medical Journal. 18. September 1886.)

Schon vor Jahren hat Sp. auf den besonders feinen Gehörsinn der Wallfische, Delphine, überhaupt der der Klasse Cetacea angehörenden Thiere, der Meerschweinchen, ferner der Hunde und anderer Carnivoren hingewiesen und denselben von der hier starken Entwickelung der Tractus und N. acustic., der Hörsphäre des Cortex, des hin-

teren Paares der corp. quadrigemin., der corp. geniculat. int., des corp. trapezoid. abhängig gemacht.

Diese Anschauungsweise ist neuerdings von Baginsky bestätigt worden, der nach der Durchschneidung der N. acustic. Atrophie des Corp. trapezoid. und eine solche der inneren corp. geniculat. nach der Zerstörung der Hörsphäre entstehen sah.

Pauli (Köln).

---

632) **M. M. Scherchewsky:** Die Bedeutung der Beweglichkeit des Herzens. (Diagnostisches Material.) (Wratsch 1886 Nro. 37.) russisch.

Verfasser hat eine grössere Reihe von Beobachtungen gemacht, die ihn zu folgenden interessanten, freilich nicht immer ganz rückhaltlos annehmbaren Schlüssen führen, die auch für Neurologen von Bedeutung sind.

1. Die Beweglichkeit des Herzens bildet eine normale Erscheinung. Der Ausdruck „Norm" kann jedoch nicht als absolut gelten, da bei Leuten über 40—50 Jahren die Beweglichkeit unter dem Einflusse der Arteriensclerose allmählich schwindet und im Gegentheil das Fehlen der Beweglichkeit zur Norm wird. Das Herz ist beweglich nach beiden Seiten, unten und hinten, am grössten ist sie links.

2. Die Beweglichkeit des Herzens steht im ungekehrten Verhältniss zum Grade der Aortensklerose.

3. Die psychischen und nervösen Einflüsse, welche bei sonst gleichen Bedingungen verschiedene Gewichtsschwankungen des Herzens verursachen, verstärken die Beweglichkeit desselben durch die stärkere Zusammenziehung der grossen Gefässe.

4. Schmerzhaftigkeit der 7. Rippe und des linken Leberlappens deuten auf das Vorhandensein erhöhter Herzbeweglichkeit.

5. Die Beweglichkeit des Herzens nach hinten, welche Verf. in 18 Fällen von 40 gefunden haben will, würde nach ihm die Verpflichtung auferlegen, das Herz auch in stehender Lage zu untersuchen, die bedeutende Verkürzung aller Herzdurchmesser bei der Rückenlage kann zu unrichtiger Schätzung der Grösse des Herzens führen, wenn es nicht in stehender Stellung untersucht würde. (Dieser Umstand hätte z. B. grosse praktische Bedeutung beim Chloroformiren. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird das Herz erst auf dem Operationstische und wahrscheinlich in liegender Stellung untersucht. Dabei führt das Bewusstsein der bevorstehenden Operation noch eine neue psychische Bedingung herbei, welche in Bezug auf die Herzgrenzen durchaus nicht gleichgültig ist. Ref.)

6. Bei Verschwinden der Schmerzhaftigkeit des linken Leberlappens in liegender Stellung ist Untersuchung in stehender angezeigt.

7. Die Idendität in den Erscheinungen der psychischen und physischen Uebermüdung des Herzens deutet auf *die Nothwendigkeit die herrschende Ansicht über alle Neurosen des Herzens zu ändern.* Da sie fast ausschliesslich das Gebiet der praktischen Aerzte bilden, sind sie selten der längeren klinischen Beobachtung eines und desselben Arztes zugängig, wodurch die Möglichkeit schwindet unmittelbar das

Zunehmen der Uebermüdung oder die allmähliche Bildung von organischen Veränderungen zu verfolgen. Daher auch das Fehlen einer ernsthaften Beurtheilung des Falles sobald er in die Zahl der Neurosen gestellt ist.

8. Anstrengende physische Arbeit und schwere Gemüthsbewegung bilden wichtige Bedingungen in der Aetiologie der Arteriensclerose. Buch (Willmanstrand).

---

633) **Toporow**: Ueber die Veränderungen der Hautsensibilität nach narkotischen Einreibungen. (Russkaja Medizina 24. Aug. 1886.)

T. hat eine Reihe von Versuchen angestellt und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. der Ortssinn wird durch Salben herabgesetzt mit Belladonna, Bilsenkraut, Aconit, Schierling und Chloroform, meistens erhöht durch Salben mit Morphium, Opium und Bromkalium.

2. Hinsichtlich der Electrosensibilität war diese in 156 Fällen nach Einreibung der erwähnten Salben 41 Mal herabgestzt, 59 Mal unverändert, 56 Mal sogar erhöht. Einreibung von Fett oder Lanolin ohne Beimischung rief Erhöhung der tactilen und Abschwächung der electrischen Sensibilität hervor.

Hinze (St. Petersburg).

---

634) **Marchi** (Florenz): Sulle degenerationi consecutive all' estirpazione totale e partiale del cerveletto. (Ueber die consecutiven Veränderungen nach totaler und partieller Exstirpation des Kleinhirns.) (Rivista sperim. di freniatr. Vol. XII. Fasc. 1 und 2, 1886.)

Zu den Untersuchungen des Verf., im Laboratorium des Prof. Luciani unter dessen Leitung ausgeführt, wurden 6 Hunde und 2 Affen benutzt, und zwar wurde 3 mal das ganze Kleinhirn, 3 mal eine Hälfte desselben und 2 mal der mittlere Lappen exstirpirt. Zwischen Operation und Section lagen verschiedene Zwischenräume von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren.

Die wichtigsten Resultate der nach der Chrom-Osmiumsäure-Methode von Golgi ausgeführten mikroskopischen Untersuchungen sind folgende:

1. Nach Totalexstirpation des Kleinhirns findet eine diffuse Sklerose der grauen Substanz statt, welche im oberen Theile der Brücke den Pyramidensträngen angelagert ist. Desgleichen sklerosirt die graue Substanz der Oliven. Endlich tritt Degeneration sämmtlicher drei Kleinhirnstiele, des corpus restiforme, des Flechsig'schen Bündels, eines Theiles der fibrae arciformes und zahlreicher Pyramidenfasern ein.

2. Nach Wegnahme einer Kleinhirnhälfte degeneriren die entsprechenden Theile grauer und weisser Substanz auf derselben Seite, ausserdem einzelne Fasern des entgegengesetzten Brückenstieles. Ferner liess sich constatiren, dass die Fasern des vorderen Stieles zum Theil ungekreuzt bleiben, indem sie von der Kreuzungsstelle wieder nach

auf gewisse Faserzüge beschränkte Degeneration. Namentlich wird ein Theil der Fibräe arciformes und zahlreiche Fasern der Pyramiden ergriffen.

4. Endlich wurde eine für den Fall weiterer Bestätigung sehr wichtige Thatsache gefunden. Es scheinen nämlich durch totale oder partielle Fxstirpation des Kleinhirns auch die Wurzeln der Hirnnerven in noch nicht näher bestimmter Ausdehnung, sowie die vorderen Rückenmarkswurzeln in Mitleidenschaft gezogen zu werden, so zwar, dass die Kerne und die denselben entstammenden Wurzelfasern intact bleiben, dagegen im Verlaufe zwischen Kern und Austrittsstelle degenerirte Fasern sich hinzugesellen, deren Centrum demnach vermutlich im Kleinhirn zu suchen sein würde. Weitere Untersuchungen über diese Frage sind in Vorbereitung. Nagel (Halle a. d. S.).

---

635) **N. M. Popow:** Fall von secundärer Entartung der vorderen Gehirncommissur. (Wratsch Nro. 38. 1886.)

Verf. hatte im Flechsig'schen Laboratorium Gelegenheit ein Gehirn mit der oben bezeichneten Veränderung zu untersuchen. Auf der unteren Fläche des in Müller'scher Flüssigkeit vollkommen erhärteten Gehirnes waren auf beiden Occipitallappen 2 symmetrisch gelegene Erweichungsherde bemerkbar. Auf der linken Hemisphäre hatte der pathologische Process den ganzen Gyrus lingualis und den hinteren Theil des innern Randes der Hinterhaupt-Schläfewindung ergriffen und erstreckte sich nach vorn bis zur Uebergangsstelle des Gyrus lingualis in den Gyrus Hippocampi, auf der inneren Oberfläche aber bis zur Fissura calcarina; rechts erstreckte sich der Process auf fast den ganzen Gyrus lingualis, mit Ausnahme des äusseren Randes, reichte nach vorn bis zum Gyrus hippocampi, nach innen bis zur Fissura calcarina, nach aussen bis zur Fissura tempora-occipitalis. Die Degeneration war in der Gehirnmasse bis zu den Seitenventrikeln vorgedrungen, deren untere Wände an diesen Stellen erweicht und uneben erschienen. Die übrigen Windungen der Occipitallappen, die Schläfelappen und beide Stammlappen zeigten gar keine Veränderungen. An der Basilararterie war der Grund der Erweichung vorhanden, wo sich ein ziemlich ausgebildetes cylindrisches Aneurysma vorfand, alle Aeste dieser Arterie waren deutlich atheromätös entartet, beide Schläfenarterien zeigten das ganze Lumen ausfüllende Pfropfen.

Mit dem Schanz'schen Mikrotom fertigte P. eine Reihe Frontalschnitte an, angefangen vom hinteren Ende der Brücke bis zum vorderen Rande der Sehhügel, und färbte sie nach der bekannten Weigert'schen Methode. Unter dem Mikroskop erschienen fast alle Fasern der vorderen, weissen Commissur in ihrem ganzen Verlaufe entartet, indem bei mikroskopischer Betrachtung und geringer Vergrösserung die Commissur gar nicht gefärbt erschien, bei starker Vergrösserung aber sich auf Querschnitten nur wenig gefärbte feine Faserbündel

oder blos einzelne Fasern mit ungleichen, beche
darstellten, welche in Detritusmassen der Bindegew
grosser Menge körniger Körper eingebettet waren.

Verf. hat in der reichen Literatur über die
tungen im Gehirn keine Beschreibung einer volls
tion der vorderen Commissur, wie in dem vorliegen
was wohl an der Seltenheit solcher symmetrisch gele
herde liegen mag. In der Schwierigkeit den Fas
missurfasern bis zur Rinde zu verfolgen, gründete sich
schiedenheit der Meinungen der Beobachter über den
dercommissurfasern in der Gehirnrinde. Das Experim
hier keinen Aufschluss geben, wohl aber der sozusa
gemachte Versuch, wie bei Verf.'s Fall. P. ist
seiner Beobachtung anzunehmen, dass die vorder
wiegend die beiden *Zungenwindungen* verbindet, er
auch nur ein geringer Theil ihrer Fasern der Gehi
weil die Anwesenheit der wenigen, unveränderte ge
seinem Falle auch dadurch erklärt werden könne,
windungen nicht in ihrer ganzen Ausdehnung getr

Hinze (S

---

636) **Fr. Schultze** (Heidelberg): Beitrag zur Le
borenen Hirndefekten (Porencephalie). (Mit einer
Karl Winter's Universitätsbuchhandlung 18

In dem der Arbeit zu Grunde liegenden *Falle*
über welchen Verf. schon auf der Naturforschervers
burg 1885 eine vorläufige Mittheilung gemacht h
um einen 5jährigen von einer dem Trunke ergebe
menden Knaben, der *von Geburt ab* vollständige Co
den und Füssen aufwies, völlig blödsinnig war
chitis zu Grunde ging. Die Maasse des im Allge
gebildeten und keine Spuren früherer Verletzung
dels entsprechen denen eines 12-15 Monate alte
pressionen an der rechten vorderen Schädelgrube s
nicht dagegen an der linken. *Die Grosshirnmass*
lichen Defekt in ihrem vorderen und mittleren T
Theil derselben ist verschwunden; der durch den A
den Theile entstandene Raum resp. die beträchtlic
trikel sind mit klarer, seröser Flüssigkeit ausgefü
ses Raumes wird von der Pia und Arachnoidea g
als dünnes, durchsichtiges Häutchen darüber hinwe
des abnormen Raumes wird von den grossen Gan
gebildet. Im Allgemeinen zeigt sich, dass das S
grössten Theile und die Centralwindungen zum grö
dass ferner ein grosser Theil beider Schläfenlapp
Theil der Parietalwindungen verschwunden ist. Da
welches zu den genannten Gebieten gehört, ist
zerstört. Nur das Occiput erscheint vollständig

ganglien an der Basis stellen sich dar als unregelmässig geformte, knollenförmige Gebilde, mit auf Querschnitten ganz unregelmässigem Bau. Der Balken und der grösste Theil des Fornix fehlen. Das Ependym der inneren Höhle legt sich an der Basis unmittelbar der Pia auf. Die N.-optici, das Chiasma und der Tractus sind schmächtiger als normal, während von den Corpor. genic. der hinteren Abschnitte des Tract. optic. nichts zu sehen ist. Die übrigen Hirnnerven sind vorhanden. Dagegen sind die Corpora candicantia nicht nachweisbar und die Vierhügel schmächtiger als normal. Während das Kleinhirn und die Hirnschenkel normal sind, fällt die Schmächtigkeit der Brücke auf und die Striae medull. acust. fehlen ganz. Die Pyramiden sind äusserlich nicht sichtbar, die Oliven prominenter. Mikroskopisch fehlen die Pyramidenbahnen in der Medulla oblongata und im Rückenmark nahezu vollständig. Es restiren nur wenige dünne Fasern in den Pyramiden selbst und in den zugehörigen Abschnitten des Rückenmarks. Die Ganglienzellen der Vorderhörner zeigen auch Veränderungen, insbesondere lassen sie die gewöhnliche intensive Carmintinktion vermissen. Das nicht besonders verdickte Ependym der Ventrikel des Grosshirns zeigt warzenartige Erhebungen und geht an den Defektgrenzen unmittelbar in die Pia über. Die Gehirnhäute und die Gehirngefässe zeigen keine wesentlichen Veränderungen.

Bezüglich des *Verhaltens von Schädel und Gehirn zu einander* dient der vorliegende Fall zur Warnung davor, aus etwaigen Schädelanomalien sofort auf entsprechende Gehirnanomalien zu schliessen, wie Benedikt es will. Aus dem Vorhandensein von Impressionen am rechten Orbitaldach geht sodann noch hervor, dass wenigstens während des extrauterinen Lebens des Kindes ein erheblicher Druck der Flüssigkeit auch auf das Gehirn nicht stattgefunden haben kann.

Rücksichtlich *der Bestimmung der Entstehungszeit der Hirndefekte* widerspricht, indem nach der Anamnese im vorliegenden Falle eine *angeborene* Störung vorhanden ist, das Fehlen der radiären Stellung der Windungen zu den Defekten im mitgetheilten Falle den Kundrat'schen Sätzen vom Unterschied der angeborenen und erworbenen Porencephalie ebenso wie Vorhandensein von Abnormitäten der basalen Ganglien. Für *die sicher intrauterine Entstehung* der vorliegenden Defekte ist, was den Modus betrifft, nicht eine Entwickelungshemmung, sondern ein *Zerstörungsprozess* in den schon entwickelten Gehirnabschnitten verantwortlich zu machen. Denn es lassen sich sowohl in den Grenzgebieten der Gehirnsubstanz als in den von Mikrogyrie betroffenen Partien des Scheitellappens unzweifelhafte Folgezustände pathologischer Einwirkung nachweisen, wie vermehrte Glia in der Rinde, viele Corpora amylacea, sklerotische Flecken in der weissen Substanz, Körnchenzellen, Anhäufungen von Kernen um die Gefässe. Hinsichtlich der *Natur dieses Zerstörungsprozesses* ist die Annahme eines einfachen *Hydrocephalus* nicht genügend, während eine *Blutung* auszuschliessen ist. Dagegen kann die Möglichkeit irgend einer *Gefässveränderung* (obgleich zur Zeit der Sektion nicht mehr nachweisbar) als Ursache der Erweichung und Necrose nicht von der Hand

gewiesen werden. Jedenfalls ist die *Hypothese* Kundrat's, dass eine auf allgemeiner Anämie beruhenden Encephalitis und Necrose der Porencephalie zu Grunde liege, aus verschiedenen Gründen nicht annehmbar. Es ist nicht einmal versucht worden durch eine microskopische Untersuchung die Uebertragung der Entstehungsweise der Necrose auf die Porencephalie zu stützen. Weiterhin ist aber auch nicht verständlich, warum bei allgemeiner Anämie nur ein Theil des Hirns untergeht, ein anderer nicht, wenn nicht *lokale* Ursachen mit im Spiele sind. Eine traumatische *Encephalitis* als Ursache der Porencephalie im vorliegenden Falle ist wenig wahrscheinlich und über andere Formen foetaler Gehirnentzündung einschliesslich der Virchow'schen Encephalitis congenita lässt sich noch zu wenig sagen. Wenn demnach verschiedene Prozesse geradezu ausgeschlossen werden können, so kann doch schliesslich auf die Frage, ob Reste eines Erweichungsprozesses nach primärer Gefässerkrankung irgend welcher Art oder Ueberbleibsel eines entzündlichen Prozesses vorliegen, keine definitive Antwort gegeben werden. Möglich ist, dass der Alkoholismus der Mutter in ätiologischer Beziehung von Bedeutung ist.

Dem Literaturverzeichniss des Verf. (51 Fälle) kann *Referent* noch folgende 11 Fälle beifügen.

1) Brodowski (Sitzungsbericht der ärztl. Gesellschaft in Warschau. Medycyna Nro. 25. Referirt: Virchow und Hirsch, Jahresbericht 1878 I. S. 254.) 2) Mierzejewsky (Arch. de Neurologie 1881). 3) Ross (Brain 1883), 4) Fürstner und Zacher, Arch. f. Psych. B. XII), 5) Binswanger (Arch. f. Psych. B. XIV. S. 165), 6) Witkowski (eodem loco), 7) Lambl (Arch. f. Psych. Bd. XV.), 8) Otto (Arch. f. Psych. B. XVI), 9) Bianchi (Congrès de la société médico-psychologique italienne. Referirt: L'encéphale 1885), 10) Binswanger (Arch. f. path. Anatomie B. 102), vielleicht 11) (Birch-Hirschfeld (Arch. der Heilkunde 1867, Heft 6. Referirt: Virchow und Hirsch, Jahresbericht 1867 B. I. S. 213).

Otto (Dalldorf).

637) **Th. Petrina** (Prag): Ein Fall spastischer Cerebralparalyse in Folge ausgebreiteter Porencephalie der rechten Grosshirnhemisphäre.

(Prager medicinische Wochenschrift 1886. Nro. 37 u. 38.)

Es handelt sich in dem mitgetheilten Fall um einen 15 jährigen Taglöhnersohn, der angeblich seit dem 2. Lebensjahre auf der linken Körperseite in der Entwicklung zurückgeblieben war und an linksseitigen, oft auch allgemeinen Convulsionen litt. Seit einem Monat wurden letztere häufiger und waren gefolgt von einem Zustand von Geistesabwesenheit. Im Uebrigen waren Heredität und Trauma nicht nachweisbar. Aufnahme wegen eitriger Pleuritis. *Status:* Kleines, verkümmertes Individuum mit etwas eingefallenem Nasenrücken. Intelligenz zurückgeblieben; mürrisches, wortkarges Wesen. Sprache langsam. Zunge und Pupillen zeigen nichts besonderes. Parese des Mittelastes des linken Facialis, krampfhafte Spannung des linken Musc. sternocleidomastoideus und cucullaris. Verkümmerung der linken Oberextremität und zwar Vorderarm und Hand halb so gross wie

rechts. Der linke Vorderarm ist krampfhaft gegen den Oberarm gebeugt und die Muscelkontraktur kann nur mühsam und unvollkommen unter Schmerzäusserungen überwunden werden. Die Krallenstellung der l. Hand lässt sich selbst unter grosser Anstrengung nicht überwinden. Linke Unterextremität verkümmert. Die Unterschenkel gegen den Oberschenkel krampfhaft angezogen. Pes varoequinus. Passive Streckungen gelingen leichter als am Arm. Mühsames Gehen einige Schritte weit unter bedeutendem Hinken und starkem Auffallen auf die linke untere Extremität möglich. Sensibilität links vermindert, elektrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln normal, Sehnenphänomen gewöhnlich. Am 10. Tage einige Minuten dauernder epileptiformer Anfall

Fig. I.

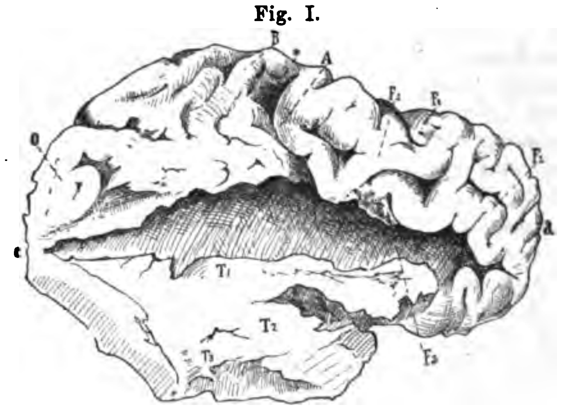


Fig. I. Rechte Hemisphäre, Seitenansicht.

Fig. I., II., III. obere, mittlere und untere Frontalwindung, A vordere, B hintere Centralwindung, T1, T2, T3 erste, zweite und dritte Temporalwindung, O Occipitallappen, * Narbensubstanz, ac am frischen Präparat rechts 12,2 Ctm., links 16 Ctm., am gehärteten Präparat rechts 11, links 15 Ctm.

in beiden Körperhälften, nachher Apathie, Eingenommensein des Bewusstseins. 4 Wochen später zuerst Zuckungen links, dann rechts im Gesichte, Nackenstarre, Bulbi starr nach links gedreht, obere und untere Extremitäten nach den heftigen auch rechts beobachteten Convulsionen in starrer kaum zu überwindender Contraktur. Nach in den nächsten Tagen sich wiederholenden Anfällen trat der Tod ein. *Section:* Rechtsseitige eitrige Pleuritis. Residuen einer Pericarditis. Schädeldach dick; der rechte Keilbeinflügel und das Felsenbein ist massiger als die Knochen linkerseits. Die rechte mittlere Schädelgrube erscheint verengt. Die Dura ist über der *rechten Hemisphäre* eingesunken, schwappend, verdickt, unter ihr sind auf der Hemisphäre ausgebreitete, milchige Verdickungen und die Oberfläche der Hemisphäre ist gallertartig, durchscheinend, schwappend. Die rechte Hemisphäre ist beträchtlich kleiner als die linke, welche bei normaler Entwickelung z. Th. noch nach rechts überragt (Fig. III). In der rechten Hemisphäre (Fig. I) ist ein *umfänglicher Defekt*, die Corticalis und das Mark der hinteren und unteren Hälfte des *Convexitäts*abschnittes des

Frontallappens, des ganzen Parietal- und Occipitallappens und die obere Hälfte des Temporallappens umfassend und gegen die Fossa Sylvii eine 2 Finger breite und tiefe Einsenkung bildend, die sich keilförmig nach innen und vorne in die mediane Partie des Scheitellappens erstreckt und der Richtung der Fossa Sylvii nach vorne und hinten folgt. Im Bereiche dieses Defektes scheinen die verdickten gallertig infiltrirten inneren Menningen dem verdickten, nirgends aber

Fig. II.

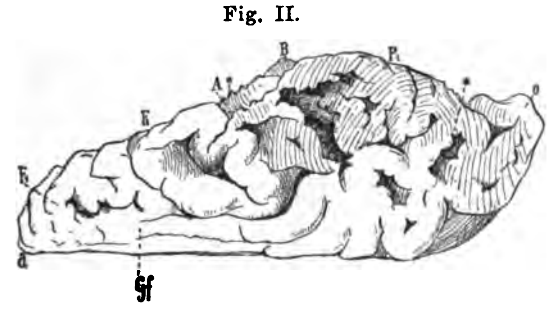


Fig. II. Mediale Seite der rechten Hemisphäre.
P1 Praecurens, Gf Gyrus fornicatus.

durchbrochenen Ependym des Seitenventrikels anzuliegen, also mit den Rändern des Defektes fast verwachsen, in die Tiefe zu folgen und nicht einfach den Defekt zu überbrücken. Die Windungen am Stirnlappen reichlich, auf der unteren Fläche des Schläfen- und Hinterhauptslappens grösstentheils geschwunden, indem die Gehirnsubstanz hier ein membranartiges durchscheinendes Gebilde darstellt. An der *medialen* Fläche rechterseits scheint nur der obere Theil der hinteren Centralwindung, des Praecuneus und Cuneus in der Narbensubstanz fast ganz aufgegangen zu sein (Fig. II. A, B u. P_1). Die Stammganglien auch rechts erhalten. Die Seitenventrikel, bes. der rechte, erweitert. Der rechte Pedunculus cerebri dünner als der linke. Die Hirnnerven sind ohne Anomalien, die rechte Arteria Fossae Sylvii und Carotis interna sind enger (letztere um $2^1/_2$ Mm.) als die linksseitigen Gefässe. Das Kleinhirn ist von sklerotischer Beschaffenheit.

Was die *Zeit der Entstehung* des vorliegenden porencephalitischen Defektes betrifft, so möchte Verf. in Anbetracht des Verhaltens der vorhandenen Gyri, das für ein vorgerücktes Entwicklungsstadium spricht, annehmen, dass der den Defekt verursachende Prozess entweder in den der Geburt unmittelbar vorangehenden foetalen Wochen oder erst in der ersten Lebensperiode des Kindes aufgetreten ist. In Bezug auf die *Natur dieses Prozesses* schliesst sich Verf. einfach der Hypothese Kundrats an und sucht dieselbe für seinen Fall noch besonders plausibel durch den Umstand zu machen, dass dabei die Gefässe, welche das Feld des Defektes zu versorgen hatten (Carotis. interna, Arteria Fossa Sylvii), enger sind als die der gesunden Seite Er nimmt an, dass dadurch in früherer Zeit eine Ischämie der den

zur Hirnstörung ein anderes sein und zwar scheint die Annahme natürlicher dass die genannten rechtsseitigen Gefässe, bei gleicher ursprünglicher Anlage mit denen der anderen Seite, erst anlässlich des in der frühesten Lebenszeit erfolgten Zugrundegehens eines so grossen Theiles ihres Verzweigungsgebietes in dem Defekte

Fig. III.

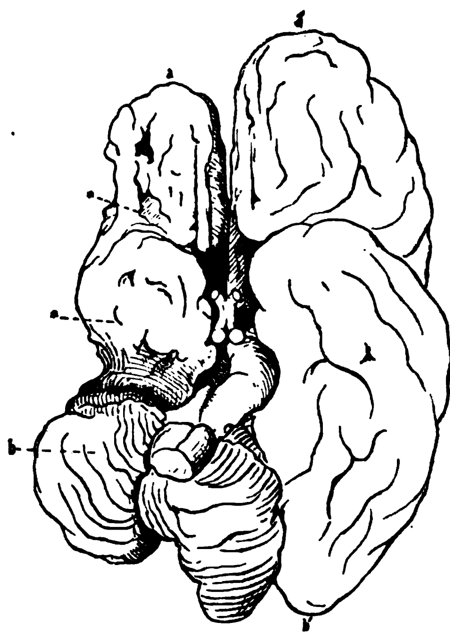


Fig. III. Basis des Gehirns ($^1/_4$ der natürlichen Grösse) a' b' am frischen Präparat 16 Ctm., ab am frischen Präparat 12,5 Ctm.

und anlässlich des durch letzteren bedingten Zurückbleibens der Entwicklung der übrigen zugehörigen Hemisphärenabschnitte in ihrem Wachsthum und in ihrer Grössenentwicklung gegenüber der linksseitigen zurückgeblieben sind, da sie ja weiterhin viel weniger Blut zu führen hatten als die der gesunden Seite). Für andere Prozesse (Syphilis, Trauma, acute Infectionskrankheiten) fand Verf. im vorliegenden Fall keine genügende Anhaltspunkte. Allerdings fehlen auch jegliche mikroskopische Untersuchungen. Die bedeutende Störungen der Motilität erklären sich gegenüber den geringeren der Sensibiltät durch die Ausbreitung der Zerstörung hauptsächlich auf das motorische Rindengebiet. Den klinischen Erscheinungen nach reiht Verf. schliesslich seinen Fall der spastischen Cerebralparalyse der Kinder zu.

Otto (Dalldorf).

638) **Joseph Wiglesworth** (London): A case of sensory aphasia, with necropsie. (Ein Fall von sensorischer Aphasie mit Necropsie.) (The Lancet 17. Juli 1886.)

Es handelt sich in dem vorstehenden Falle nur um unvollständige Wortblindheit und Worttaubheit, wahrscheinlich waren diese Symptome desshalb nicht vollständig zur Entwicklung gelangt, weil, wie die Section festgestellt hat, nur eine theilweise Zerstörung des hinteren Theiles des ersten Gyrus temporo-sphenoidalis der linken Hemisphäre vorlag.

Doch könnte diese Unvollständigkeit auch in dem Bestreben der correspondirenden Centren der andern Hemisphäre, jenen Defect auszugleichen, ihren Grund haben. — Die Intelligenz war gestört.

Pauli (Köln).

---

639) **Janewey** (New-York): A case of abscess of the occipital lobe with hemianopsia. (Fall von Abscess des Occipitallappens mit Hemianopsie.) (The journal of nerv. & ment. dis. Nro. 4 u. 5. 1886. p. 222.)

Ein 25 jähr. Maschinenarbeiter erhielt am 4. Novbr. 1885 einen Schlag mit dem Kolben eines Revolvers auf die linke Hälfte des Hinterhauptes. Keine Bewusstlosigkeit, keine Fractur des Schädels. Patient war am nächsten Tage wieder arbeitsfähig. 8 Tage darauf heftige Kopfschmerzen, Erysipel (?) in der Gegend der Verletzung, Ansammlung von Eiter. Einige Wochen hierauf bemerkte Patient Taubheitsgefühl zuerst im l. Arm, dann im l. Beine. 6 Wochen nach dem Trauma Schwäche dieser Extremitäten, welche allmählich zunahm bis zur deutlichen Parese. Die Kopfschmerzen persistirten. Als Pat. in die Behandlung des Verf. kam bot er folgenden Status: Narbe von 1 Zoll Länge in der linken Hinterhauptsgegend. Herabsetzung der Sensibilität der l. Gesichtshälfte, der l. Extremitäten; Hemiparesis sinistra, mit Ausnahme des Gesichtes und der Zunge. Patient war benommen, klagte nur zuweilen über Kopfschmerzen. Ferner Hemianopsie des linken Gesichtsfeldes. Die ophthalmoskop. Untersuchung ergab doppelseitige Stauungspapille. Keine Temperaturerhöhung.

5 Tage nach der Aufnahme traten Temperaturerhöhung und Pulsfrequenz auf. Am 23. Tage wurde Pat. trepanirt und zwar an der Stelle an der die Verletzung stattgefunden hatte wie an der correspondirenden Stelle des rechten Hinterhauptes. Kein Resultat. 9 Stunden darauf Exitus.

Bei der Obduction fand man einen Abscess, welcher den grössten Theil der weissen Substanz des rechten lob. occipit. einnahm, nach hinten zu in die graue Substanz übergreifend.

Koenig (Dalldorf).

---

640) **Seguin** (New-York): A clinical study of lateral hemianopsia. (Eine klinische Studie über laterale Hemianopsie.) (The journal of nerv. & ment. disease Nro. 8. August 1886. p. 445.)

Die Erfahrungen welche wir bis jetzt über die laterale H. gesammelt haben, lassen es wünschenswerth erscheinen, noch möglichst

viele Fälle post mortem zu untersuchen. Doch scheint es dem Verf. nicht ganz nutzlos, auch diesbezügliche klinische Untersuchungen ohne Sectionsbefund zu veröffentlichen.

S. bringt 9 Fälle, welche er in 2 Gruppen theilt. In die erste gehören 3 Fälle, in denen laterale Hemianopsie eines von den Symptomen bildete, welche S. „Hemisymptome“ nennen möchte. Die 2. Gruppe umfasst die übrigen 6 Fälle, in welchen laterale Hemianopsie das einzige oder wenigstens das bei weitem hervorragendste Symptom einer organischen Gehirnerkrankung war.

Verf. beschreibt den klinischen Verlauf sehr ausführlich, und sucht auf die an Sectionsbefunden gemachten Beobachtungen gestützt seine jedesmalige Diagnose zu begründen. „Wernicke's Pupillenreaction“ bei Hemianopsie hat er nicht beobachtet.

Koenig (Dalldorf).

---

641) **Dana** und **Wilkin** (New-York): On convulsive tic with explosive disturbances of speech (So-called Gilles de la Fourette's disease). (Tic. conv. mit plötzlich eintretender Sprachstörung, sog. Gilles de la F.'sche Krankheit.) (The journal of nerv. & ment. dis. Nro. 7. 1886. p. 107.)

Die Affection ist characterisirt durch plötzlich auftretende krampfhafte Bewegungen, welche von allerhand Schimpfreden begleitet werden.

12 jähr. Knabe, (Eltern gesund, eine Schwester hysterisch) körperlich und geistig mangelhaft entwickelt, stets reizbar und heftig, hatte 3 Krampfanfälle im 1., 2., und 6. Lebensjahre. Weihnachten 1885 verrenkte er sich den Fuss durch Fall. Seitdem fing er zeitweise an ohne jede Veranlassung, in gemeiner und obscöner Weise zu schimpfen, was früher der Fall nie gewesen war. Irgend ein Geräusch oder sonst ein Schreck vermochten einen solchen Anfall auszulösen. Der Bedeutung der Schimpfworte schien Pat. sich gar nicht bewusst zu sein. Ausser dieser Coprolalie zeigte sich mitunter Echolalie. Ferner schien es öfters, als ob Pat. einen unwiderstehlichen Drang empfand, Aeusserungen zu thun über Dinge, welche er Ursache hatte, geheim zu halten. Merkte er dann, dass er sich dadurch verrathen hatte, so legte er sich auf's Leugnen.

Stat. pr. Pat. ist z. kräftig, gut genährt, anämisch, Gesicht und Extremitäten zeigen leichte choreat. Bewegungen, welche an Intensität gewinnen, wenn Pat. versucht, das Ausstossen von Schimpfworten zu unterdrücken. Auch war eine Art von expirator. Spasmus bemerkbar. (Chorea laryng.) Keine Ataxie oder sensor. Störungen. Alles übrige normal.

Die Behandlung mit Eisen, Arsen, Bromkali führte eine Besserung des Zustandes herbei.

Koenig (Dalldorf).

---

642) **Spitzka** (New-York): A contribution to the localisation of focal lesions in the pons-oblongata transition. (Beitrag zur Localisation von Herderkrankungen der Uebergangstelle des Pons in die Medulla.) (The journal of nerv. & ment. dis. Nro. 4 und 5. 1886. p. 193.)

Verf. schildert in sehr ausführlicher Weise einen interessanten

Fall von Neubildung in der Gegend des 4. Ventrikel war intra vitam gestellt. Eignet sich nicht für ei
Koenig

643) **A. Panormow:** Zur Lehre von den Lokalisation
(Wratsch 1886 Nro. 39.) russich.

Unbestimmte Lähmungserscheinungen, die durch syphilis deuten, was auch ex juvantibus (Jodkalium) Der sehr unvollkommene mikroskopische Hirnbefund Gumma ergibt dasselbe. Verf. selbst bleibt über Tumor im Unklaren. Buch (Will

644) **Grace Peckham** (New-York): Mirror-writin thological chirographie of nervous origin.) (Spiegels pathologische Handschriften nervösen Ursprungs.) 1
27. Februar 1886.)

Verf. bespricht zuerst kurz die Physiologie der nennt unsere Schreibmethode eine verfehlte, da sie nic und schwachen Handmuskeln zu sehr anstrenge, so beständige Pendelbewegung des Vorderarms von rech fordere; es sei daher wünschenswerth, eine Schrift z beiden Händen gleich leicht geschrieben werden kön Buchstaben nicht miteinander verbunden würden. S her auf die Pathologie der Handschrift ein, soweit di nervöse Erkrankungen beeinflusst werde; er stellt i 5 Hauptgruppen auf:

1. Die *Handschrift solcher, die Traumen perip litten.* (Erlenmeyer's Fall einer Radialisläsion.)

2. *Spiegelschrift und Agraphie* in Folge Läsion In Bezug auf die Spiegelschrift ist er auf Grund der Ansicht gekommen a) dass dieselbe eine Verände ception der Hirn-Nervencentren anzeigen könne (Er trographie); und b) dass sie selten nervösen Urspru gewöhnlich eine mechanische Ursache habe (alle zum S digen Muskelbewegungen gehen in centrifugaler Rich auf die Agraphie erinnert er daran, dass dieselbe rei bachtet sei, dass vielmehr fast immer zugleich das S betroffen sei.

3. Die *Handschrift der Geisteskranken* (Auslas und Buchstaben, namentlich Endbuchstaben, verkleine innehalten der geraden Linie u. s w.)

4. Die *Handschrift der an cerebrospinaler Sc Leidenden (Zitterschrift, atactische Schrift etc.).*

5. Die *Handschrift der mit functionellen Störun mit Paral. agitans Behafteten.* Bei Chorea und Hyst schrift keine besonders characteristischen Merkmale; bei könne man aus ihr die spastische, zittrige oder p desselben erschliessen. Voigt (

645) **Hardy** (Paris): De l'ataxie locomotrice. (Die Ataxie locomotrice.) (Gaz. des Hôp. 1866. Nro. 103.)

Bezüglich der Therapie der vorstehenden Krankheit kann es natürlich nur darauf ankommen, die schlimmsten Symptome derselben abzsuchwächen. Diesen Zweck erfüllen nur Kalium jodatum und Argentum nitric., wenn man abwechselnd 14 Tage Jodkali und dann ebenso lange Höllenstein in Pillen in der Dose von 1—2 Centigr. pro die verabreicht.

Ausserdem empfehlen sich, um den Blutandrang von der Medulla abzuleiten, die wiederholte Application trockener Schröpfköpfe oder points de feu auf dieselbe, sowie Schwefelbäder.

Ferner stehen die Bäder in Lamalou in einem so grossen Ruf, dass heute die Hälfte der Badegäste Atactiker sind, und äussern auch wirklich eine solche Wirksamkeit, dass viele von diesen, bei ihrer Ankunft unfähig zu gehen, dies nach einer Cur von drei Wochen wieder können.*)

Auch andere Bäder wie: Wiesbaden, Gastein etc. leisten, besonders im Beginne der Krankheit, gute Dienste.

*) Wer stellt in L. die Diagnose? Solche Wundercuren sind immer sehr verdächtig. E.

Pauli (Köln).

---

646) **Courtade**: Des paraplégies survenant dans le cours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoide. (Paraplegien bei und nach Typhus.) (L'Encéphale 1886. Nro. 4.)

Verf. berichtet 2 Fälle eigener Beobachtung, der eine von 3 jahriger, der andere von halbjähriger Dauer der Paraplegie und bespricht an der Hand dieser Fälle und der vorhandenen Literatur die unter den nach Typhus auftretenden Lähmungen der Häufigkeit nach die erste Stelle einehmenden Paraplegien. Sensibilitätsstörungen sind nicht immer bei denselben vorhanden, dagegen sehr häufig trophische Störungen. Contracturen sind nicht selten. In einigen Fällen scheint sich acute (oder subacute) adscendirende Paralyse im Anschluss an die Paraplegie entwickelt zu haben. Der Beginn ist in Folge der ohnedies oft vorhandenen grossen Schwäche der Typhösen bezw. Typhus-Reconvalescenten häufig sehr unmerklich, die Dauer sehr verschieden, bis 3 Jahre und darüber, die Prognose meist, jedoch nicht immer günstig. C. will diese Paraplegie pathogenetisch weder auf eine Myelitis noch eine Neuritis beziehen, sondern auf eine besondere Ernährungsstörung des Rückenmarks, die vorzüglich die Vorderhörner beträfe, und so auch Degeneration der peripheren Nerven bewirkte. Therapeutisch sind Massage, Electricität und Tonica zu empfehlen.

Schönthal (Heidelberg).

647) **J. Valette** (Tulle): Un cas de rhumatisme céré : von Rheumatismus cerebri.) (Gaz. des Hôp. 1886. Nro. 1: '

Eine Warnung vor der Behandlung mit Antipyr

Pau

---

648) **Lober** (Paris): Paralysies, contractures. Affectio de cause psychique. (Paralysen, Contracturen. Schr tionen in Folge psychischer Ursache.) (These 1885.)

Die Merkmale der psychischen Paralyse, deren Si Trauma oder Imitation influencirt haben, ein verschiedene stehen darin, dass sich nur die unter der Herrschaft des W Muskeln, die Gesichts- und Zungenmuskeln ausgenomn mer ihre Integrität bewahren, als gelähmt erweisen, d Hyperästhesie und Anaesthesie, niemals jedoch Muskelat sind, dass diese Affection eine grosse Neigung, nur ei einzunehmen, zur Schau trägt und dass sie zuweilen d während des hypnotischen Schlafs zur Heilung gelangt.

Psychische Contracturen kommen vorzugsweise a täten vor, erscheinen plötzlich z. B. nach einem Trau niren sich wenn auch nicht so häufig, wie dies die p lyse thut, mit Hyperästhesie und Anaesthesie.

Während die, besonders auf Erblichkeit beruhend Causa proxima der beiden vorstehenden Krankheitsfor hierzu in zweiter Linie Imitation und traumatische o Insulte Anlass. Paul

---

649) **T. Henry Wagstaffe** (London): An unexpected ness of the lower extremities. (Eine unerwartete Ursa lyse der unteren Extremitäten.) (The Lancet. 17. Juli 1

Ein Mann von 46 Jahren litt an leichter Lähmung tremitären neben ebenso gearteter Sensibilitätsstörung häufigen Krampfanfällen in den Füssen.

Da W. anfänglich die Ursache dieser Störungen ni vermochte, so forschte er weiter, bis er in Erfahrung sich der Kranke bei der Defäcation nicht des Closets, Eimers bediene.

Diese Mittheilung führte zu der Annahme, dass da lich durch das Vorbeugen des Oberkörpers der N. is seine Aeste gezerrt oder durch den scharfen Eimerrand den seien, eine Annahme, die sich bestätigte, denn mit d des Eimers verschwand auch die Lähmung. Paul

---

650) **Hardy** (Paris): Maladie de Parkinson. (Parkinsc heit.) (Gaz. des Hôp. 1886. Nro. 97.)

Der Umstand, dass das die Paralysis agitans in der tende Zittern mitunter fehlt, bestimmte Charcot, diese I

ihrem ersten Beobachten, Parkinson, zu benennen und zwei Formen derselben aufzustellen.

Das Anfangsstadium der ersteren, der eigentlichen Schüttellähmung, characterisiren heftige lancinirende Schmerzen in den Extremitäten und im Truncus, die Neigung haben auszustrahlen und nur nach längerer Dauer verschwinden.

Zuweilen beginnt auch wohl dieses Uebel mit leichten Zitterbewegungen in dem rechten und dann im linken Arm, die sich von hier aus allmählich auf die unteren Extremitäten und, wenn bis zu einem gewissen Grad gelangt, auf den ganzen Körper, den Kopf ausgenommen, weiterverbreiten.

Letzterer zittert zwar auch, jedoch nur in Folge der von jenem mitgetheilten Bewegungen. Dieselben, rhytmischer Natur, hören während des Schlafs und bei Willensintention auf.

Während des weiteren Krankheitsverlaufs kommt es zur Beugung des Körpers nach vorn, dem sich die Ellenbogen der halb flectirten Arme nähern, sowie zu einem schwerfälligen Gange, besonders dadurch ausgezeichnet, dass man bei den ersten Schritten den Eindruck bekommt, als wenn der Kranke, einer unwiderstehlichen Gewalt folgend, vorwärts renne — seinem eigenen Schwerpunkt nachlaufe (Trousseau).

An dieses Zeichen schliesst sich das gebieterische und anscheinend Linderung verschaffende Bedürfniss der Kranken, deren unbewegliches Gesicht eine durch Nichts zu erschütternde Trägheit zur Schau trägt, die Stelle zu wechseln und sich zu bewegen.

Endlich fehlt niemals das Gefühl von Hitze mit einer mehr oder weniger reichlichen Schweissabsonderung, und nur sehr selten hartnäckige Constipation.

Dagegen bleiben die Muskelkraft, die intellectuellen Fähigkeiten und das Gedächtniss intact.

Auch die Schriftzüge solcher Kranken erleiden keine besondere Veränderung.

Anlangend die zweite d. h. diejenige Krankheitsform, bei welcher das Zittern vermisst wird, so findet sich an Stelle desselben ein gewisser Grad von Steifheit der Bewegungen.

Dieselbe macht sich namentlich am Halse bemerkbar, derselbe kann nicht gedreht werden.

Das Gesicht zeigt in verstärktem Grade dieselben Unregelmässigkeiten, wie wir sie bei der ersten Form kennen gelernt haben, in Folge dessen der Speichel aus dem geöffneten Munde beständig ausfliesst.

Im Uebrigen gleichen sich beide Krankheitsformen.

Die eine wie die andere, die beide Männer und Frauen, erstere etwas häufiger, im Alter von 40—60 Jahren heimsuchen und zumeist psychische Aufregung als Ursache anerkennen, kann viele Jahre ohne Gefahr für das Leben andauern.

In der Regel ist es eine intercurrente Krankheit, besonders Pneumonie, der an dieser wie überhaupt an einer Affection des Nerven-

systems leidende Inviduen, ohne dass ein Grund dafür angegeben werden kann, erliegen.

Der Parkinson'schen Krankheit steht die Wissenschaft vollständig rathlos gegenüber, nur die Massage soll einen geringen Nachlass des Zitterns bewirken. Pauli (Köln).

---

651) **Meclane Hamilton** (New-York): A consideration of the Thomsen Symptom-complex, with reference to a new Form of paralysis agitans. (Eine Betrachtung des Thomsen'schen Symptomen-Complexes, mit Beziehung auf eine neue Form von Paralysis agitans.) (The medic. Record. 23. Januar 1886.)

Nachdem Verf. eine kurze Geschichte und Characteristik der Thomsen'schen Krankheit gegeben, sagt er, dass viele dieser Fälle hinsichtlich ihrer Entstehung (Erblichkeit und Nichterblichkeit) sowohl als der Symptome, mit denen jene eigenthümliche Muskelsteifigkeit einhergeht, beträchtlich differiren. An und für sich sei diese Anomalie des Muskeltonus (Westphal) nicht nur ein gelegentliches, sondern ein häufiges, in vielen Fällen auf psychischen Störungen beruhendes Symptom vieler functionellen und organischen Nervenerkrankungen, so dass er nicht geneigt sei, die Thomsen'sche Krankheit als eine besondere Erkrankung zu würdigen. Unter den zur Stütze dieser Ansicht angeführten Fälle (Hirnerkrankung, Tabes dors., Schüttellähmung) befindet sich einer von Paralysis agitans, der einem schon früher von Buzzard mitgetheilten (vergl. auch Strümpell) sehr ähnlich ist (geringer oder fehlender Tremor, die für Paral. agit. characteristischen anderen Symptome, und Muskelsteifigkeit), und den Verf. veranlasst zwei verschiedene Formen von Schüttellähmung anzunehmen.

Voigt (Oeynhausen).

---

652) **Beverley Robinson** (New-York): On respiratory neuroses of nasal origin (vasomotor coryza, asthma). (Ueber respiratorische Neurosen von der Nase aus.) (The medic. Record. 30. Januar 1886.)

Robinson theilt die nasalen Reflexneurosen ein in solche:

1. Der *Respirationsorgane* (als a. Heufieber, b. Schmerz und Functionsstörung der Geruchswerkzeuge c. Kehlkopfshusten, Spasmus glottitis, Störungen der Sprach- und Singstimme, recurrirende Laryngitis, d. Asthma, recurrirende Bronchitis, dyspnoische Attaken.

2. Der *Verdauungsorgane* a. Schmerz und Funktionsstörung der Geschmacksorgane, b. reflectorische (?) Uvulitis, Pharyngitis, Tonsillen-Hypertrophie, c. gastrische Störungen.

3) Der *Urogenitalorgane.*

4) Der *Haut* (locale Gesichtsschweisse).

Im Uebrigen betont er, dass zur Erzeugung solcher secundären Störungen die verschiedensten Nasenerkrankungen geeignet sind, dass es aber eine grosse Reihe der letztern gäbe, die keine Reflex-Erkrankung im Gefolg habe, so dass im gegebenen Falle die richtige Diagnose oft schwierig sein kann. Voigt (Oeynhausen).

---

653) **M. Holmes** (Rome Ga.): A case of Daymare. (Ein Fall von Daymare.*) (The Medic. Record. 20. Februar 1886.)

Eine 30. jährige, von Jugend auf nervöse Frau litt angeblich seit Jahren an Catalepsie. Die Anfälle, welche Pat. meist kommen fühlte, bestanden darin, dass sie in Folge von tonischem Krampfe in den verschiedensten Muskelgebieten unfähig wurde zu spreschen und sich zu bewegen, bis ihr eine passende Dosis Morphium eingespritzt war. Dabei bestanden weder sensible noch psychische Störungen, auch erlosch während der Anfälle das Bewusstsein nicht. Verf. setzt diesen Fall, der nicht in die Klasse der catelepsia vera gehöre, da die Muskeln nicht relaxirten, auch Sensibilität und Bewusstsein intact waren, einem von Watson als „Daymare" beschriebenen an die Seite (nach des Ref. Ansicht gehört er unter die von Hamilton — siehe unser Referat 651 — beschriebenen Fälle von Muskelsteifigkeit Nervöser). Im Uebrigen erfolgte Heilung durch gynäkologische Behandlung einer kranken Vaginalportion.

*) (Nightmar-Albdrücken; dey = Tag night = Nacht).

654) **Ferrand:** Nevrose vasomotrice. (Vasomotorische Neurose.) (L'Encéphale 1886. Nro. 5.)

23 jährige Näherin, stets unregelmässig menstruirt, leidet seit 2 Monaten an Schmerzen im Epigastrium und Rücken, sowie hartnäckigem Erbrechen nach jeder Mahlzeit, kurz vor dem Eintritt in's Krankenhaus ganz geringgradige Hämatemesis, etwas Blut ging auch per anum ab. Im Krankenhaus bestanden die intermittirenden Schmerzen fort, ferner erbrach Pat. täglich 1—3 Esslöffel Blut, und erbrach sämmtliche Speisen, anfangs etwa 10 Minuten nach der Nahrungsaufnahme, später sofort darnach; trotzdem magerte Pat. fast gar nicht ab; sie hatte nur alle 5—6 Wochen Stuhlgang, urinirte nur in Zwischenräumen von einigen Tagen, und auch dann nur sehr geringe Mengen eines an Harnstoff sehr armen Urins. Schon vor dem Eintritt in's Spital hatte Pat. im Anschluss an die genannten Schmerzanfälle nach einem Stadium vorübergehender Blässe das Auftreten einer ganz leichten Röthung an Stirne und beiden Unterarmen gezeigt; im Krankenhaus zeigte sich diese Affection noch frappanter und in grösserer Ausdehnung, sie nahm jetzt den Kopf, Hals, Brust, die unteren Enden der oberen Extremitäten, der Beine und Füsse, die Ellenbogen und die Knie ein; die Vertheilung der Röthe war *absolut symmetrisch.* Dem Auftrefen der Affection ging stets eine Exacerbation der epigastrischen Schmerzen vorher, die Kranke wurde schwindlich und blass; an diese Blässe schloss sich in den geschilderten Bezirken das Auftreten einzelner rother Punkte, die allmählich sich vermehrend und schliesslich confluirend das Bild einer einförmigen, auf Druck verschwindenden, mehr weniger intensiven, scarlatinaähnlichen Röthe ergaben. An den befallenen Partien hatte Pat. auch subjectives Hitzegefühl, objectiv war eine Temperatursteigerung bis zu 41° zu erweisen; die Eruption hält verschieden lange (durchschnittlich 1—2 Stunden) an, und tritt zu verschiedener Tageszeit auf; ihre Intensität stand in Proportion zu der Intensität der Schmerzen. Es bestanden gleichzeitig Kopfschmerzen und injicirte Conjunctivae. Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen fehlten, Gesichtsfeld normal.

In der Epicrise weisen die Verff. in wei nervöse Natur dieser Hauteruption als vasomotori nach. Die Symptome von Seiten des Magens und H analoger Weise auf rein functionelle Störungen der gestionen der Schleimhäute) zurückgeführt. Merkw die Verff. die Bezeichnung des Zustandes als eines

Schoentha

---

655) **L. Dana** (New-York): On the relation of lit phosphaturie to nervous symptoms. With a descrip for estimating the relative amounts of phosphatic acid in the urine. (Ueber die Beziehung von Lit Phosphaturie zu nervösen Symptomen. Mit Beschr rates zur Schätzung der relativen Mengen von Ph säure im Urin.) (The medic. Record. 16. Januar 1886.)

Verf. kommt auf Grund des Studiums von 1 len zu folgenden Schlüssen:

1. Es gibt keine lithämische, oxalische, pho
2. Dagegen gibt es Erkrankungen des Ne excessiver Säure des Urins und Ueberfluss an Ha Zusammenhange stehen. Dazu gehören viele Fä gastric., Spinalirritation, Nervosität, Schwindel, K
3. Der „lithämische Status" kommt mit Gicht vor, ist aber nicht identisch mit ihnen.
4. Ist derselbe mit nervösen Symptomen verge seine Ursache gewöhnlich in Ueberanstrengung od giftung des Nervensystems (Malaria, Blei).
5. Oxalurie ist im Allgemeinen nur eine F tom der Lithämie. Wenn oxalsaurer Kalk im U sammen mit Niederschlägen erdiger Salze, so ist Bedeutung.
6. Phosphaturie, falls sie nicht Folge mangel ist, kann bei functioneller nervöser Depression kommen und zwar wahrscheinlich in Folge perverser dauungsorgane.
7. Es ist für die Diagnose und Behandlu neller Nervenerkrankungen wichtig, den Urin a alcalische Beschaffenheit, sowie auf das Verhält Phosphate genau zu untersuchen.

Zur Ausführung dieser betreffenden Untersuc Verf. mehrerer kleinen 30 Zoll langen $1^1/_8$ Zoll i tenden, in eine trichterförmige Spitze ausgezog gesetzten Ende durch Gummistöpsel zu verschli Glasröhrchen, in welchem er die Urate und Phos der Teissier'schen Solution niederschlägt. Rücks ung empfiehlt er den Gebrauch von Mineralsäuren anhaltender Ueberschuss von Phosphaten ohne gleic

von Uraten gefunden wird. Wenn dagegen saurer Urin mit hohem specifischem Gewichte und Ueberschuss an Harnsäure vorhanden ist, will er stickstoffhaltige Diät, Alcalien, sowie Gallenabsonderung und Verdauung befördernde Mittel angewandt wissen.

Voigt (Oeynhausen).

---

656) **Auguste Ollivier** (Paris): De l'hematémèse non cataméniale d'origine hysterique. (Das hysterische Blutbrechen.)
(Gaz. des Hop. 1886 Nro. 100.) (Congrès de Nancy 1886. Section des sciences méd.)

Bei hysterischen Individuen, gleich, welchen Geschlechts, trifft man zuweilen mehr oder weniger heftige Gastrorrhagien, die einzig und allein auf Rechnung eines besonderen Zustandes des Nervensystems zu setzen und bis jetzt nur zu oft als die Folge eines Ulcus ventriculi angesehen sind.

Die Abwesenheit einer tiefern Ernährungsstörung, das plötzliche Erscheinen des Blutbrechens, die demselben kurz vorhergegangene heftige Erschütterung des Nervensystems und endlich die ziemlich prompte Wiederherstellung der Gesundheit können im Allgemeinen über die Natur dieser Krankheit Aufklärung verschaffen. Pauli (Köln).

---

657) **Poupon**: Des Aphasies puerperales. (Ueber puerperale Aphasien.)
(L'Encéphale 1886. Nro. 4.)

An der Hand eines Falls eigener Beobachtung und der in der Literatur vorhandenen Casuistik bespricht Verf. die im Ganzen seltenen puerperalen Aphasien. Abgesehen von den zweifelhaften Fällen, in denen Albuminurie, Urämie oder Septicaemie die Ursache der Aphasie gewesen zu sein scheint, rubricirt Verf. die puerperalen Aphasien unter zwei grosse Hauptgruppen als veranlassende Ursachen: I. Circulationsstörungen. II. Nervöse Störungen. Bei den ersteren wären zu unterscheiden, vorübergehende Zustände (Congestion und Anaemie) und bleibende: (Haemorrhagie, Thrombose und Embolie). Die Prognose scheint bei allen Formen günstig. Die Therapie richtet sich natürlich nach der veranlassenden Ursache.

Schönthal (Heidelberg).

---

658) **Fischer** (New-York): Remarks on epilepsy. (Bemerkungen über Epilepsie.) (The journ. of nerv. & ment. dis. Aug. 1886. p. 481.)

Bei der Beschreibung der Epilepsie wird sehr viel Werth auf den Character des Anfalls, den diesen einleitenden „Schrei", das ein- oder beiderseitige Auftreten der Zuckungen gelegt, während dem vorausgehenden psychischen Zustande wie dem Verhalten der Kranken in den anfallsfreien Zeiten zu wenig Beachtung geschenkt wird.

Verf. geht dann auf die verschiedenen Theorieen über die Ursache der Epilepsie näher ein. Er meint, dass die Associationsfasern des Hirnes eine wichtige Rolle bei den Anfällen spielen. Epilepsieparese ist eine chronische Affection der Hirnrinde, welche sich durch

zeitweiliges Auftreten von Convulsionen etc. bemerbar macht, und welche eine fortschreitende Abnahme der Intelligenz bis zur Demenz bedingt, sie gehört unter die Rubrik „Allgemeine Parese“ (Dementia Paralytica? Ref.)

Was die Therapie anbetrifft, so wendet F. die Bromsalze an und zwar eine Mischung von 4 Theilen Bromkali und je 2 Theilen Bromnatrium Bromammonium; bei vorhandener Herzschwäche ausserdem noch Digitalis. Dass Eisen bei vorhandener Anämie schädlich wirkt, hat F. nicht gefunden; ebensowenig hat er einen nachtheiligen Einfluss der Bromsalze auf die Intelligenz selbst bei Jahre langer Anwendung beobachtet, im Gegentheil konnte er zuweilen Besserung constatiren. Koenig (Dalldorf).

---

659) **Verneuil** (Paris): Traitement du tétanus traumatique. (Behandlung des Tetanus traumaticus.) (Gaz. des Hôp. 1886. Nro. 106.)

Eine äusserst lebhafte Empfehlung von Chloralhydrat sei es in innerlicher, subcutaner oder per Clysma applicirter Gabe.

Pauli (Köln).

---

660) **Ball** (Paris): Note sur un cas d'épilepsie avec conscience. (Ein Fall von Epilepsie mit erhaltenem Bewusstsein.)
(L'Encéphale 1886. Nro. 4.)

Bei einer Frau, die, seit Langem epileptisch, zum Theil Anfälle von grand mal, zum Theil von petit mal, und hinwiederum auch von rein psychischen Aequivalenten hat, ist *bei einem sehr geringen Theil* der letzteren keine Amnesie zu constatiren; die Kranke erinnert sich ganz genau der während des epileptoiden Zustandes vollbrachten Handlungen, Reden u. s. w. Man muss in forensischer Beziehung die Thatsache, dass dies vorkommen kann, im Auge behalten und darf wohl nicht mit zu absoluter Sicherheit die Amnesie als pathognostisches Kriterium epileptischer Zustände ansehen. Schoenthal (Heidelberg).

---

661) **Doyen** (Paris): Considération générale sur les terreurs morbides et le délire émotif en generale. (Betrachtungen über krankhafte Furcht und Délire émotif.) (L'Encéphale 1885. Nro. 4.)

Unter den obigen Bezeichnungen subsummirt Verf. jene verschiedenen mit vollem Krankheitsbewusstsein einhergehenden Zustände krankhafter Erregbarkeit, die sich im Wesentlichen im Entstehen von Angstzuständen bei gewissen Anlässen äussert. Er unterscheidet zweierlei Formen: a) die „formes circonscrites“ d. h. diejenigen Formen, bei denen das Eintreten des Angstanfalles durch bestimmte Objecte bezw. Oertlichkeiten veranlasst ist; Beispiele: Agoraphobie (Westphal) peur des espaces (Legrand du Saulle); Amaxophobie, (Wagenangst), Claustrophopie, Nachtangst; Angst vor Nadeln, Bleistiften, Hunden, vor dem Wasser u. s. w. b) die formes généralisées — die Panophobie. Der Panophobe fürchtet sich vor Allem und in jedem beliebigen Augenblick kann sein Angstanfall eintreten, theils durch einen äusseren Eindruck veranlasst, oft

aber stellt sich auch ohne solchen die krankhafte, für den Kranken so sehr peinliche Angst und Unruhe ein (Hypochondrie morale avec conscience, Mélancolie avec conscience). Der Inhalt der Befürchtungen kann ein sehr verschiedener sein; gar nicht selten scheint die Befürchtung, geisteskrank zu werden, aufzutreten; auch kann sich die Befürchtung gar nicht auf die Person des Kranken, sondern auf ihm nahestehende Personen beziehen. Die *Aetiologie* der Zustände besprechend, vindicirt Verf. die Hauptrolle der *Heredität;* sodann finden sie sich häufig auf dem Boden der *Hysterie,* und ferner nach verschiedenen den Organismus *schwächenden* Einflüssen: geistige Ueberanstrengung, Nachtwachen, sexuellen Excessen, nach Cholera und Typhus, Chlorose, Abusus von Morphium, Cafe, Thee, u. s. w. 8 Krankengeschichten illustriren die geschilderten Formen. Schoenthal (Heidelberg).

---

662) **Smidt** (Konstanz): Zur Kenntniss der Morphinismuspsychosen. (Arch. f. Psychiatrie XVII. 1. Heft.)

„Immerhin kann man unsere Kenntniss der Morphiumpsychosen keineswegs erschöpfende nennen“ sagt Verf. in der Einleitung seiner Arbeit und begründet damit ihre Veröffentlichung. Diese nicht erschöpfende Kenntniss scheint sich zu allererst auf den Verf. selbst zu beziehen; denn die beiden ersten von ihm als Beispiele von Morphiumpsychose mitgetheilten Fälle *sind gar keine Morphiumpsychosen, es sind Cocainpsychosen.* Fall I wird hier von Verf. (bezw. von ihm und Rank) schon zum drittenmale vorgeführt, (am 5./8. 85 erblickte er zum erstenmal das Licht der literarischen Welt), aber trotzdem beherrscht ihn noch immer die unglückselige Verwechslung von Morphiumabstinenz mit Cocainintoxication. Fall III ist eine Morphinmabstinenz —, Fall IV eine Intoxicationspsychose, letzterer, nebenbei bemerkt, recht lückenhaft dargestellt. Die Arbeit erhebt sich, selbst die irrthümlich angebrachten Fälle von Cocainpsychosen eingerechnet, nicht über eine Bestätigung längst bekannter Thatsachen. Erlenmeyer.

---

663) **Dawidow**: Acuter traumatischer Schwachsinn. (Aus der klin. Abtheilung des Prof. Kowalewski.) (Archiv. Psychiatrii etc. Bd. VII. H. 2.)

Als Ursache der acuten Demenz werden zumeist Infectionskrankheiten, heftige moralische Erschütterungen, seltener traumatische Verletzungen in Anspruch genommen. V. citirt folgenden Fall. Ein 49 j. Eisenbahnarbeiter kam am 10. Dezember 1885 auf die Abtheilung. Hinter dem l. Ohre eine Sugillation von 6,8 ctm. Durchmesser, die Stelle ist bei Druck empfindlich. Parese des l. facialis. Pupillenreaction normal. An der l. Thoraxhälfte und der Gegend der 6, 7 und 8. Rippe bemerkt man ebenfalls eine faustgrosse Sugillation. Schlaf und Appetit gut. Pat. liegt apathisch zu Bette; auf Fragen bemüht er sich umsonst zu antworten, stammelt nur einige zusammenhangslose Worte. Unwillkürliche Urin- und Kothentleerungen. In diesem Zustande verblieb P. 10 Tage. Am 11. Tage kam er zu sich, wie vom tiefen Schlafe erwacht und war über seine Umgebung verwundert. Sogleich erzählte er über seinen Krankheitsbeginn Folgendes. Am 5. Decem-

ber war er mit Aufladen von Waaren an der Eisenbahn beschäftigt, als einige Stücke derselben vom Wagen herunterstürtzten und ihn erdrückten. Als er von der Last befreit wurde, fühlte er sich niedergeschlagen, setzte jedoch seine Arbeit bis Abend fort. Am Abend fiel er bewusstlos hin und hat von dem nun Folgenden keine Erinnerung. Diese Angaben waren jedoch nicht ganz präcise, P. erinnerte sich deren nur nach und nach. Gleichzeitig klagte er über Kopfschmerz, Ohrensausen, Gedächtnissschwäche und allgemeine Abgeschlagenheit. Der Zustand besserte sich allmählich; noch lange konnte er sich der Namen seiner Angehöhrigen errinnern. Mitte Februar war er ganz hergestellt und wurde entlassen. — Die Prognose der traumatischen Psychosen hängt hauptsächlich von der Zeitdauer zwischen Trauma und psychischer Störung, ab. Bekanntlich kann letztere sowohl gleich nach dem Trauma als auch nach mehr oder weniger langer Zwischenzeit eintreten. In letzterem Falle ist die Prognose ungünstig, da die Psychose als Folge materieller Veränderungen des Gehirns zu Tage tritt.

Rosenthal (Warschau).

III. Aus den Vereinen.

I. Pathological-Society zu New-York.

Sitzung vom 9. Dezember 1885. (The Medic. Record. 9. Januar 1886.)

664) **Emmett Holt:** *Thrombosis of the superior longitudinal and left lateral sinuses — cardiac thrombosis — white renal infarction.*

Ein zartes, 17 Monate altes Kind, das nie ernstlich krank war, wurde eines Tages äusserst reizbar und aufgeregt, wie es das beim Durchbruche eines Zahnes schon öfters gewesen; es stellten sich Fieber und deutliche Hirnsymptome (Coma, Pupillenenge, jedoch keine Paralyse) und 3 Stunden vor dem am 6. Tage der Erkrankung erfolgenden Tode allgemeine hochgradige Cyanose ein. Sectionsbefund: Congestionirung der rechten Hirnhemisphäre und ihrer Piagefässe, Anämie der linken; Basilar- und grössere Centralarterien gesund; die hinteren zwei Drittel des Sin. longit. super. sowie der linke Sinus lateral. bis zum Foramen jugal. durch einen Thrombus älteren Datums ausgefüllt; in einigen der grösseren Venen der linken Hirnrinde gleichfalls Thromben. Eine Erklärung dieser auffallenden Erscheinungen konnte nicht gefunden werden.

Voigt (Oeynhausen).

II. Practitioners-Society of New-York.

Sitzung vom 5. März 1886. (The Medic. Record. 3. April 1886.)

665) **Samuel Sekton:** *Aural Hallucinations.*

Redner erzählt die Geschichte eines Kranken, der an Gehörshallucinationen litt, seitdem er 7 Monate zuvor einen Anfall von Delirium tremens durchgemacht. Der Fall ist dadurch interessant, dass zugleich eine chronische Erkrankung beider Trommelfelle u. s. w. vorhanden war. Dies gibt dem Redner Veranlassung zu der Bemerkung, dass nach seiner vielfachen Erfahrung die in Folge von

Gehörerkrankungen so häufig auftretenden subjectiven Geräusche in neuropathischen Individuen nicht selten Veranlassung zu Geistesstörungen geben. Er hält daher für nothwendig, dass in derartigen Fällen das Gehörorgan genau untersucht werde, da daraus nicht selten wichtige Schlüsse auf Diagnose und Behandlung gezogen werden könnten.

666) **Kinnicat** zeigt ein *Sarcom im Gehirn* eines 12 jährigen Knaben, dessen 4 Geschwister angeblich an „Hirnwasser“ gestorben waren. Derselbe war bis 3 Wochen vor seinem Tode gesund; dann brach er sich ein Paar mal und klagte über Wadenschmerzen, an die sich 14 Tage später Sehstörungen anschlossen (erweiterte Pupillen, reflectorische Starre, Amblyobie). Der Augenspiegel zeigte rechtsseitige Opticus-Atrophie und beginnende Schwellung des linken Sehnerven. Sonst war kein anderes Symptom vorhanden, bis 24 Stunden vor dem an Lungenödem erfolgenden Tode plötzlich äusserst frequenter und unregelmässiger Puls und ebensolche Respirationen auftraten.

Das Sarcom nahm den ganzen 4. Ventrikel ein, hing fest an Pons und Medulla und zog auch die Kleinhirnsubstanz in Mitleidenschaft. Zwei kleinere Tumoren derselben Structur sassen ausserdem hinter und an der Commiss. optic., sowie am Tractus optic. beider Seiten.

Sitzung vom 8. Januar 1886. (The Medic. Record. 13. Februar 1886.)

667) **F. Shrady**: *Spinal arthropathie.*

Verf. stellte einen Tabiker vor, dessen linkes Kniegelenk namentlich innen, bedeutend angeschwollen und seitlich subluxirt war; die Gelenkflächen zeigten sich ohne Knorpel und die Ligamente waren so schlaff, dass hochgradige seitliche und Dreh-Bewegungen unter krachenden Geräuschen mit Leichtigkeit ausgeführt werden konnten, ohne dass Patient dabei Schmerzen verspürte, der Condyl. intern. fem. war aufgetrieben, osteoparetisch, der Synovialsack ohne nennenswerthe Flüssigkeit, der linke Unterschenkel und das untere Drittel des linken Oberschenkels durch „fibrinöse“ Infiltration der Weichtheile und Hypertrophie des Knochens stark verdickt. Voigt (Oynhausen).

IV. Tagesgeschichte.

In Strassburg i./Els. ist die neue psychiatrische Klinik feierlich eröffnet worden.

Berichtigung.

In Nro. 20, Referat 596 muss es in dem Titel heissen: „Westnik klinitscheskoi i studebnoi psichiatrii i newropatologii“.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

9. Jahrg. 1. Dezember 1886. Nro. 23.

Inhalt.

I. Originalien.

Zur Nachbehandlung trepanirter Epileptiker.

Vom Herausgeber.

Es ist keine Frage, dass Fälle von accidenteller Epilepsie, die durch Schädelverletzung (im weitesten Wortsinn) entstanden sind, eine günstige Prognose bieten. Durch die Trepanation kann meist die causa irritans entfernt und damit die Wiederholung der Anfälle unterbrochen

werden. Dauert diese Unterbrechung der Anfälle mehrere Monate oder Jahre fort, so bezeichnet man den operirten Epileptiker als geheilt. Und das mit Recht.

Nun habe ich schon bei früherer Gelegenheit darauf aufmerksam gemacht, dass die Entfernung der causa irritans bei den in Rede stehenden Fällen zur Erzielung einer *dauernden* Heilung nicht immer genüge, dass es vielmehr unter allen Umständen empfehlenswerth erscheine, sogleich nach der Operation eine auf das Gehirn beruhigend einwirkende, die Erregbarkeit der Rinde gewissermassen dämpfende Behandlung einzuleiten. Rinden-Sedativa erster Ordnung sind die Bromsalze. Man wird dessen am Deutlichsten inne, wenn man sie in toxischer Gabe reicht. Dadurch wird eine Störung der gesammten Rindenfunctionen im Sinne der Lähmung herbeigeführt, sodass das klinische Bild des Bromismus eine ausserordentliche Aehnlichkeit mit jenen Bildern von Rindenerkrankung darbieten kann, die heute noch in dem Sammeltopf der „allgemeinen fortschreitenden Paralyse der Irren" unentwirrt zusammenliegen. Die Behandlung mit Bromsalzen in geeigneter Gabe und Form halte ich daher bei diesen Fällen über längere Zeit hinaus für durchaus nothwendig, weil durch die wiederholten Anfälle, durch die epileptischen Entladungen in der Rinde ein Zustand höchster Reizbarkeit entstehen kann, der mit der Beseitigung der causa irritans nicht auch sofort verschwindet, der vielmehr fortdauert und sich nur äusserst langsam zurückbildet. In diesem Zustande von Reizbarkeit der Rinde, dem materiellen Substrat der „epileptischen Veränderung", ist die Gefahr der Recidive gelegen. Wird die Behandlung mit Bromsalzen vernachlässigt, oder gar versäumt, so kann einige Zeit nach der Operation ein Anfall wiederkehren, trotzdem die Operation technisch vollendet und auf dem Boden richtiger Diagnose ausgeführt worden ist.

Ich darf hinzufügen, dass dieses Princip der Behandlung auch bei den Fällen accidenteller Epilepsie zur Anwendung kommen muss, die reflectorischen Ursprungs sind, und bei denen irgend eine das krampfauslösende Moment beseitigende Operation an der Peripherie des Körpers vorgenommen worden ist.

Heute will ich auf eine weitere Gefahr hinweisen, die für den Enderfolg der Trepanation bei Epileptikern erwachsen kann. Ich meine den Alkohol. Es ist eine durchaus berechtigte Verordnung, wenn man jedem Epileptiker den Alkohol verbietet und es braucht kaum betont zu werden, wie nothwendig das Verbot des Alkohols in der Zeit unmittelbar nach der Trepanation — oder nach einer peripherischen Operation — aufrecht erhalten werden muss. Es wird aber ausserordentlich häufig und leicht dieses Verbot übertreten, sobald der trepanirte Patient aus der ärztlichen Behandlung entlassen ist. Den Kranken kann ein Vorwurf dieserhalb nicht immer treffen, denn er denkt, dass mit Vollendung der Operation und nach der Entlassung aus dem Spitale alle Gefahr vorüber sei, dass er sich für einen Kranken überhaupt nicht mehr zu halten habe. Daher muss solchen Kranken mit aller Strenge und unter ausdrücklichem Hinweis auf die folgenden Gefahren der Genuss des Alkohols auf lange Zeit hinaus ver-

boten werden. Die Gründe für dieses Verbot sind
oben für die Einleitung der Bromsalzbehandlung e
fortdauernde Reizzustand der Gehirnrinde, auf den
denkbar schlimmsten Einfluss ausübt. Bei solchen
der besonders grosse Dosen noch besonders gefährlic
kohol nöthig, um erneut epileptische Anfälle auszu
hierzu schon Bier und leichtere Weine; die Gefahr
Regelmässigkeit der Zufuhr. Solche Kranken könne
tragen, sie haben eine gesteigerte Intoleranz gegen

Diese letzteren principielle Vorschläge für die I
rirten Epileptiker will ich durch eine Krankengeschi
einen vor 15 Jahren trepanirten Epileptiker betrifft,
Ergehen desselben bis heute berichtet. Bei diesen
Anfangs auch „Heilung" constatirt werden; im weite
ten sich aber, durch übermässigen Alkoholgenuss ver
tischen Krämpfe wieder ein.

Die Krankengeschichte setzt sich zusammen 1)
rend des Feldzugs 1870/71 innerhalb meiner Thäti
im Garnisonlazareth zu Coblenz gesammelten Aufz
Aufzeichnungen meines damaligen Vorgesetzten, des
zu Berleburg, dem ich für die Ueberlassung derselb
lich danke; 3) aus den vom Mai d. J. datirten,
freundlichst zugesandten Mittheilungen des jetzig
Kranken, Herrn Dr. Vogel in Trochtelfingen und
theilungen des Kranken selbst und denen seiner
sind ebenfalls von diesem Sommer und auf meine
sandt worden.

Bernhard Sch., 1842 geboren, Soldat im 2
Erblich nicht belastet; hat nie an Epilepsie gelitten, d
Jugend öfter mit Kopfleiden behaftet gewesen s
Er wurde am 18. August 1870 bei Gravelotte
auf das linke Stirnbein verwundet, der 2 Zoll üb
in der Bucht der Haare am Beginn der letzteren sa
lag Patient, wie er erzählte, mehrere Stunden
Schlachtfelde. Bei dem Verbande wurde die H
Von dem Tage der Verwundung an litt der Patie
tigsten Kopfschmerzen und hatte Convulsionen, di
Charakter von epileptiformen Anfällen hatten, n
und nachherigem Gedächtnissausfall verbunden wa
Anfälle stets, und gewöhnlich ziemlich lange vorhe
weniger lange Aura bestand darin, dass er die F
verlor. War der Anfall vorüber, das Bewusstsei
kehrte auch die Sprache zurück.

Aus dem Lazareth in Frankreich wurde er na
dort wegen übergrosser Anhäufung von Schwerverwu
wundeter in seine Heimath entlassen. Mit einem 1
im Lazareth zu Mannheim reiste Patient nach Han

handlung des Kreisphysikus kam, in der er bis zum März 1871 blieb. Am 19. März kam er bei seinem Ersatzbataillon in Coblenz an, und producirte eine voluminöse von dem erwähnten Kreisphysikus verfasste Krankengeschichte, in welcher dieser ausser sehr vielem Anderen auch mittheilte. dass er die Diagnose einer Schädelfissur gestellt habe, dass die Wunde des Sch. immer wieder aufbrach, dass er den Sch. aber als geheilt ansehen müsse und ihn desshalb zu seinem Ersatzbataillon geschickt habe. *Von den epileptischen Anfällen war in dem Attest gar keine Rede.* Schon am folgenden Tage, den 20. März 1871, nachdem Sch. mit seinem Zuge in das benachbarte Dorf Pfaffendorf detachirt war, trat ein schwerer epileptischer Anfall ein, nach welchem Sch. zwei Tage bewusstlos war. Am 23. März wurde er in das Garnison-Lazareth zu Coblenz aufgenommen. Wir beobachteten dort die Fortdauer der Convulsionen die nach freien Zwischenräumen mehrmals täglich auftraten. Die Anfälle steigerten sich nach Häufigkeit und Heftigkeit immer mehr. Bei der selten klaren Sachlage konnte kein Zweifel darüber bestehen, dass die erwähnte Schussverletzung die Ursache der Epilepsie abgegeben habe und dass mit grösster Wahrscheinlichkeit durch die Trepanation ein die Rinde reizender Knochensplitter oder eine gleichwerthige Knochenimpression aufgefunden werden würde.

Am 26. März wurde zur Operation geschritten, die Herr Dr. V o s s ausführte. Ueber die Narbe an dem Stirnbein wurde ein Kreuzschnitt gelegt, die Zipfel zurückgeklappt und dann mit der Luer'schen Brechzange der Knochen entfernt. Zwischen Glastafel und Dura mater fand sich ein loser Sequester von ungefährer Gestalt und Grösse einer gewöhnlichen Bohne der entfernt wurde. Die Operation hatte Vormittags stattgefunden; den ganzen Tag trat kein Anfall ein.

27. März Vormittags leichter Anfall, der sehr kurze Zeit dauerte. Aderlass, Spaltung der dura mater. Eisblase.

28. März. Bewusstlos. 20 Blutegel in den Nacken. Eisblase. Das Bewusstsein kehrt zurück und verschwand von da ab nicht mehr. Ein intercurrentes Erysipel mit Abscessöffnung am rechten Fuss verlief ohne Einfluss auf die Kopfwunde und die Epilepsie.

17. April. Pat. fühlt sich sehr wohl, hat guten Appetit.

29. April. Schüttelfrost, Kopfschmerz, Erbrechen. Belegte Zunge. Constipation. Wunde sieht schlecht aus. Laxanzen änderten an diesem Zustande nichts. Der Puls geht von 75 auf 54 Schläge zurück. Daraufhin wurde die Diagnose *Hirnabscess* gestellt.

1. Mai. Einschnitt in das Gehirn 3 Centimeter tief. Entleerung von etwa 3 Esslöffel voll gut aussehendem Eiter. Besserung des Allgemeinbefindens, bei fortwährend klarem Bewusstsein. P. 60 T. 38,4 R. 26. Cataplasmen.

3. Mai. Gute Nachtruhe, Eiterung gut und reichlich; P. 60.

6. Mai. P. 52—56. Der Eiter entleert sich aus der Schnittöffnung nur durch Drück auf die Umgebung, also Bestand einer Klappe.

9. Mai. P. 72. Fungus cerebri, Eiterung mässig.

16. Mai. Leichter Druckverband.

20. Mai. Gehirn im Niveau mit der äusseren

1. Juni. Pat. verlässt das Bett.

9. Juni. Die Wunde ist fistelartig geworden, die
5 Ctm. tief unter das Niveau der äusseren Haut, u
ein. Erweiterung der Wunde durch Schnitt.

13. Juni. Allgemeinbefinden gut. P. 72. T. 3
serverband.

Mitte September 1871 wird Sch. als *geheilt* en
leptischer Anfall ist seit dem 27. März, dem Tage
tion, nicht wieder eingetreten.

In der Heimath nahm Sch. sein Gewerbe als M
trieb dasselbe ziemlich streng. Dasselbe veranlasst
von Vieh und Verkauf von Fleisch in den Ortschafte
sehr viel zu unregelmässigem Leben und gibt ihm
geistige Getränke zu sich zu nehmen als ihm taugt. E
operirten Schädelstelle hat nicht stattgefunden. *Im l*
der erste epileptische Anfall wieder ein, also 11 Mona
nation. Seitdem sind dieselben, in kleineren und g
räumen wiedergekehrt, oft von 4 zu 4 Wochen, oft i
einmal war in einem Jahre nur 1 Anfall nachweisl
kommen zu allen Zeiten, auch Nachts im Schlafe. *Ei*
mehr vorhanden. Im Uebrigen ist Sch. gesund, name
Beziehung. Oft vermögen ihn kleine Ursachen in
gung zu versetzen. Genuss von Alcohol verursacht b
ungewöhnlich grosse Erregung. Er ist verheirathet
gesunde Kinder.

Unbedenklich führe ich in diesem Falle das W
epileptischen Anfälle auf das unregelmässige Leb
auf den übermässigen Alcoholgenuss zurück. Abgeseh
Zeit von 11 anfallsfreien Monaten, die für die gute
panation spricht, schliesse ich auch noch aus dem Ve
der Trepanation vorhandenen und für die Verletzung
hälfte characteristischen Aura, dass die Trepanation
togene Ursache zum Wegfall gebracht hat. Wäre d
so würde wahrscheinlich in dem Typus der Anfälle
eingetreten, die Aura nicht ausgefallen sein.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich darauf hinw
es wäre, wenn über trepanirte (und anderweitig op
nach vielen Jahren Erkundigungen eingezogen und
würden. Gewiss sind bei manchem anfangs „geheilte
die Anfälle durch diese oder jene Ursache wi
worden. Durch Kenntnissnahme dieser Verhältniss
stimmt in den Stand gesetzt die Behandlung unser
sicherer zu leiten und somit immer grössere Erfolg
Kampfe gegen die Epilepsie zu erzielen.

II. Original-Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 8. November 1886.

Vor der Tagesordnung stellt Herr **Mendel** einen Patienten vor, an dem sich eine Combination dreier Phänomene demonstriren lässt, welche in der Literatur noch nicht beschrieben ist, nämlich das Fehlen der Patellarsehnenreflexe, Fussklonus und parodoxe Contraction.

Patient, Tischler, ist 40 J. alt, verheirathet, hat 5 Kinder, war stets gesund, Lues in Abrede gestellt. Seine jetzige Krankheit begann im Dezember 1877 ziemlich plötzlich, indem er einen starken Schmerz im linken Hüftgelenke spürte, der 3 Wochen anhielt, wieder verschwand, wieder kam und sich verstärkte, sodass Patient nach 2 jährigem Leiden genöthigt war 7 Wochen zu Hause zu bleiben. Die Störung hat im Laufe der letzten 5 J. mehr und mehr zugenommen. (Bei der Nachuntersuchung durch Herrn Bernhardt ergibt sich allerdings, dass rechts beim Beklopfen der Patellarsehne eine minimale Contraction des Rectus stattfindet, links gar keine; Fussclonus und paradoxe Contractraction sind beiderseits sehr deutlich.)

Was nun die übrigen Erscheinungen betrifft, so findet man ausserdem bei dem Patienten eine Differenz der Pupillen (L. > R.) nebst einer Verminderung der Lichtreaction, eine geringe Störung der Sensibilität an beiden Beinen, ausserdem auch eine erhebliche Störung des Muskelgefühls, es besteht auch eine gewisse Ataxie, ferner eine erhebliche Herabsetzung der groben motorischen Kraft, hauptsächlich links, und eine gewisse Starrheit der Muskeln, besonders an den Unterschenkeln. Eine electrische Untersuchung konnte bis jetzt noch nicht gemacht werden, da Vortragender den Patienten heute zum ersten Male in der Poliklinik zu sehen bekommen hatte.

Was die Bedeutung des Falles anbetrifft, so glaubt M., an gewisse sclerotische Herde denken zu müssen. In der Reflexbahn von der Achillesehne, die durch den Ischiadicus geht, müsse ein Moment vorhanden sein, welches die Reflexe steigert, dieses müsse ein sclerotischer Fleck in den Seitensträngen sein; ferner müsse man, um das Vorhandensein des Westphal'schen Zeichens zu erklären, an einen etwas höher gelegenen sclerotischen Herd in den Hintersträngen denken. —

In der Discussion bemerkt Herr Remak, dass er den Patienten vor einigen Monaten auch gesehen und genau untersucht habe, er bedauere heute nur nach dem Gedächtnisse berichten zu können. So viel er sich errinnern könne, hatte er damals eine etwas andere Auffassung von dem Falle gehabt, auf Grund eines Befundes, für den er allerdings nicht genau einstehen könne, da er die betreffenden Notizen nicht bei sich habe. Er habe damals eine sehr bedeutende Herabsetzung der Erregbarkeit im Quadriceps gefunden, sowie eine Psoasparese des l. Beines, ebenso eine motor. Schwäche in den Streckern des linken Knies; wenn man nämlich den Peronaeus reizte, kam eine abnorme Wirkung zu Stande, weil der Tibialis anticus gelähmt ist. Remak

denkt sich, dass Patient eine sehr circumscripte Myelitis transv. im oberen Theil der Lendenanschwellung hat, welche rechts weniger ausgebreitet ist, sodass hier noch eine Andeutung des Kniephänomens übrig geblieben ist.

Herr M. macht nochmals auf die Pupillendifferenz etc. aufmerksam und hebt noch hervor, dass die linke Gesichtshälfte schwächer innervirt sei, als die rechte, und meint, das genüge, um die Auffassung des Herrn Remak als unzutreffend zu bezeichnen.

Herr Oppenheim hat mehrfach Gelegenheit gehabt, solche Fälle zu beobachten, in denen das Westphal'sche Zeichen mit Fussclonus combinirt war, einen solchen, der auch paradoxe Contraction dargeboten hätte, habe er nicht gesehen, wohl aber eine Combination von W.'s Zeichen und Fusszittern.

668) Darauf spricht Herr **Siemerling**: *Ueber ein gesetzmässiges anatomisches Verhalten der Wurzeln in den verschiedenen Höhen des Rückenmarks.*

Vortragender hat bei einem 35 jährigen Manne sämmtliche Nervenwurzeln mit Ausnahme der 3 letzten Sacralwurzeln, im Ganzen 112, einer systematischen Untersuchung auf Querschnitten und an Zupf-Präparaten unterworfen. Es zeigte sich, abgesehen zunächst von den Sacralwurzeln Folgendes:

1) Die *vorderen Wurzeln des Hals- und Lendentheils sind ausgezeichnet durch einen beständig vorwiegenden Reichthum an grossen breiten Nervenfasern.*

Durch dieses Ueberwiegen der breiten Fasern in den vorderen Wurzeln des Hals- und Lendentheils lassen sich diese von allen übrigen Wurzeln, sowohl den hinteren aus den entsprechenden Partien, als auch von allen Dorsalwurzeln scharf sondern.

2) *In den hinteren Wurzeln des Hals- und Lendentheils ist eine grössere Anzahl feiner Nervenröhren vorhanden, welche einzeln oder in kleinen Gruppen zusammenliegen.*

Dabei haben aber die breiten Fasern noch immer das Uebergewicht. Die Breite der einzelnen grossen Fasern ist im Durchschnitt nicht mehr so beträchtlich, als in den vorderen.

In dem Dorsalmark gestaltet sich das Bild noch anders.

3) *In den Wurzeln des Dorsalmarks sind die kleinen Fasern in sehr grosser Anzahl vorhanden, in grössere Bündel gelagert treten sie zwischen den breiten Fasern auf.*

Die Breite der grossen Nervenfasern erleidet keine Einbusse; sie entspricht der Breite der gleichen Fasern in den hinteren Wurzeln des Hals- und Lendentheils. In den vorderen Wurzeln scheinen mehr kleine Fasern, als in den hinteren vorhanden zu sein, doch ist der Unterschied nicht so durchgreifend, dass man jedesmal genau eine vordere von einer hinteren Dorsalwurzel unterscheiden könnte.

Eins verdient bei der Beschreibung der kleinen Fasern besondere Berücksichtigung, dieselben zeigen immer die Structur einer Nervenfaser durch den Axencylinder und den umgebenden Ring.

Durch diese Regelmässigkeit der Vertheilung der feinen Fasern in den Wurzeln aus den verschiedenen Höhen des Rückenmarks ist man in den Stand gesetzt, an einem vorgelegten Querschnitt mit Bestimmtheit anzugeben, ob dieser der vorderen Wurzel aus dem Hals- resp. Lendentheil, oder der hinteren Wurzel aus dem gleichnamigen Gebiet, oder endlich einer Dorsalwurzel entstammt.

Die Sacralwurzeln, soweit sie untersucht, verhalten sich, von der ersten an gerechnet, zunächt wie die Wurzeln aus dem Lendentheil. Weiter unten, von der 3. Sacralwurzel an, näheren sie sich in ihrem Bau den Dorsalwurzeln.

Zur Controle der so erhaltenen Resultate dehnte S. seine Untersuchungen noch auf weitere drei Fälle von normalem Rückenmark aus. Dieselben waren Personen entnommen im Alter von 38, 44 und 66 Jahren. In allen drei Fällen, wie auch in dem ersten Falle, ergab die Untersuchung des Rückenmarks selbst keine Abweichung vom Normalen. S. beschränkte sich hier darauf nur, aus einzelnen Höhen Querschnitte verschiedener Wurzeln anzufertigen, namentlich wurden untersucht die Wurzeln am Ende des Hals- und Dorsaltheils und am Beginn des Dorsal- und Lendentheils, um zu sehen, ob dieser charakteristische Befund in der Vertheilung der feinen und breiten Fasern mit dem Aufhören eines Wurzelgebietes abschlösse, um dem für den nächsten Abschnitt besonderen Verhalten Platz zu machen. Der Uebergang ist allerdings in der Regel ein sehr schneller; die einzelnen Partien der Wurzeln lassen sich scharf von einander trennen.

Aufmerksamkeit bei der Bestimmung einer etwaigen Degeneration erfordert das Dorsalmark, wo die feinen Fasern sehr beträchtlich vorhanden sind. Der Hals- und Lendentheil lässt, wenn man die von S. gekennzeichnete Structur im Auge hat, einen Irrthum nach dieser Richtung hin nicht aufkommen. Koenig (Dalldorf).

III. Referate und Kritiken.

669) **Th. Rosenheim** (Berlin): Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der Mastzellen im Nervensystem des Menschen.

(Arch. f. Psych. etc. XVII. 3. p. 820.)

In einem Falle von acuter multipler Neuritis fanden sich an Nervenquerschnitten nach Doppelfärbung mit Carmin-Ammoniak und Anilinwassergentianaviolett (Oelimmersion $^1/_{12}$. Ocular. O. Seibert) innerhalb der Schwann'schen Scheide um die Markschicht herum von den Ranvier'schen Körpern ausgehend: *theils halbmondförmige, theils polygone Zellen*, welche durch Körnelung von lebhaft violetter Farbe imponirten. Verf. spricht diese als „Mastzellen“ (Ehrlich) an, welche bisher im Nervensystem noch nicht gefunden sind, und glaubt dass dieselben identisch sind mit den von Adamkiewicz beschriebenen

„Nervenkörperchen." Der letztere Forscher habe
gen Anwendung anderer Färbemethoden und nic
grösserungen unrichtig gedeutet. R. nimmt ferne:
Untersuchungen an, dass die Mastzellen auch im
Bindegewebskörpern entstehen und dass ihre Vern
störung und Entzündungsprozess bedeute. Weil sie
Verhältnissen im Nerven im Laufe der Entwickelt
jahre ab sich bilden, in der Blüthe des Lebens s
Alter wieder sehr häufig auftreten, deutet also e
frühen Kindesalter und im mittleren Alter auf *Er*

Langreu

---

670) **Knoll** (Prag): Ueber die Athmungsinnervati
(Verhandlungen d. Congresses für innere Medicin. 5. Cong
Verlag v. J. F. Bergmann.)

Als Gegensatz zu der in voriger Nummer u
besprochenen Ansicht von Schmidtborn „ü
der Athembewegungen" geben wir heute einen ku
sichten des *Prager* Gelehrten über diesen Gege
gibt es in Wirklichkeit ein automatisches Athemc
dulla oblongata gelegen; wenigstens haben die
von Stricker und Rokitansky, sowie dieje
tiani und Martin und Booker, seine Existenz
tern vermocht. Im Gehirne selbst liegen keine At
die bei Reizung der Seh- oder Vierhügel auftreten
der Athembewegung müssen auf die Erregung s
chischer Leitungsbahnen bezogen werden, wie j
Psychoreflexe auf die Athmung vielfach vorkommer
keit des Athemcentrums wird normaler Weise durch
halten und nicht durch die von der Peripherie den
sensibelen Reize. Preyer's Versuche an Thier-Fo
dagegen, denn gerade bei seinen einwurfsfreiesten
einzelne sensibele Reiz immer nur eine einzige In
rufen, während die Unterbrechung des Placentarkr
tendem Athmen führt. Ref. bemerkt dazu, dass Z
Naturforscherversammlung (siehe Tagesblatt pag. 4
bei intaktem Placentarkreislaufe es überhaupt nicht
reize Athembewegungen auszulösen. Die widersp
tungen Preyer's erklären sich aus der bei Kaninche
etc. der Eröffnung d. Uterus folgenden Störung des I

Sauerstoffmangel und Kohlensäureanhäufung
Blutreizen, welche die Thätigkeit des Athmungsce
die Hauptrolle. Durch ausgiebige künstliche Ventil
spontanen Athmungen der Versuchsthiere zum Schwi
Blutapnoe — aber sofort nach dem Aussetzen der kün

beginnt die Athmung, freilich zunächst sehr schwach wieder, wenn nicht anderweitig eine Herabsetzung der Erregbarkeit des Athmungscentrums interferirt. Zuntz und Cohnstein haben nun nachgewiesen, dass die Athemruhe des Foetus gleichfalls auf einer geringen Erregbarkeit beruht. Die geringere Erregbarkeit spricht sich übrigens bei neugeborenen Kindern auch in dem Umstande aus, dass die Athembewegungen oft erst beginnen, wenn ausgeprägte Zeichen von Dyspnoë vorhanden sind und dass die Athembewegungen in der ersten Zeit oft durch Athempausen unterbrochen werden. Bei der Erwähnung anderer als im Gasgehalt liegender Ursachen der Erregung des Athmungscentrums, bezweifelt Verf. die Uebertragung der Verhältnisse der Wärmedyspnoë von Thieren auf den Menschen. Ref. bestreitet nicht, dass man bei fiebernden Menschen oft normale Athmungsfrequenz bei hoher Temperatur antrifft, da ja beim Fiebernden oft sehr complicirte Verhältnisse vorhanden sind und man sehr häufig nicht im Stande ist zu sagen, wie weit die „Hemmungen" eine Rolle spielen. Aber uns dünkt doch, dass bei sehr vielen fiebernden Menschen die frequente Athmung eine unmittelbare Folge der *plötzlich* gestiegenen Temperatur ist, denn es gibt Zustände, wo auch beim Menschen die Temperatur fast so plötzlich ansteigt, wie beim erwärmten Thiere.

Die Bedingungen, durch welche die Erregung des Athmungscentrums durch den Blutreiz in ein rythmisches Spiel der Athmungsmuskeln umgesetzt werden, sind unbekannt. Die von Hering und Breuer entdeckte „Selbststeuerung der Athmung" bedingt zwar den normalen Rythmus der Athmung, ist aber keineswegs die eigentliche Ursache der Rythmie, die ja auch nach vollständiger Ausschaltung der Vaguswirkungen noch fortbesteht. Head ist es gelungen, den Nachweis zu führen, dass künstliche Ventilation, die lediglich durch Aussaugen der Lungenluft erfolgt, bei Thieren mit intakten Vagis eine Apnoe erzeugt, bei der das Zwerchfell sich in stetiger Contraktion befindet und noch einige Zeit nach Aussetzen der Ventilation verharrt. Bei dieser Vagusapnoë ist die Erregbarkeit des Athmungscentrums vermindert. Eine solche Herabsetzung der Erregbarkeit des Athmungscentrums kann man auch während der langen Athempausen bei tief narkotisirten Thieren und bei periodisch athmenden Menschen nachweisen. Beim Cheyne-Stoke'schen Athmen kann man während der Pausen durch sensibele Reize einzelne Athembewegungen auslösen, durch Regehalten des Bewusstseins kann man diese Pausen für einige Zeit sogar zum Verschwinden bringen. Zeichen von dyspnoischer Erregung des Circulationsapparates können bei dem Cheyne-Stoke'schen Phänomen sogar vollständig fehlen — alles Tkatsachen, wodurch die vielen Hypothesen über die Grundbedingungen dieses Phänomens erschüttert werden.

Wir haben, so schliesst Verf., wie beim Herzen, ein automatisches Centrum mit excitirenden und deprimirenden Nerven anzunehmen, ausserdem aber noch im Rückenmarke liegende Centren für die zu den Athmungsmuskeln gehenden Nerven, welche wie die der Ortsbe-

wegung dienenden Reflexmechanismen im Rückenn
Peripherie aus durch sensibele Reize, als vom Ge
erregt werden können. Golds

671) **A. Erlicki und J. Rybalkin** (St. Pete
über die combinirten Systemerkrankungen des Rü
(Arch, f. Psych. etc. XVII. 3. p. 69

Zu der *allgemeinen Kategorie der Ataxie* r
die ausführlich beschriebene (sowohl klinisch al
tomisch) — Rückenmarksaffection eines 17 jährigen M
„in der Pubertätsperiode, nach einer Erkältung oh
nungen ziemlich rasch *Ataxie* zuerst der unteren
oberen Extremitäten sich entwickelte, an die sich na
Schwäche der Unterextremitäten anschloss mit F
flexe, Verlust des Muskelgefühls und dem Romb
ohne jegliche andere motorische, sensible und vasom
mit tödtlichem Ausgang durch Complication mit 1
Fall hatte, mit Ausnahme weniger Differenzen (z.
Sprachstörung, Nystagmus etc.) grosse Aehnlichk
reich'schen „hereditären Ataxie", welche nach A
fasser bisher 56 Mal in der Literatur beschrieben
sich aber characteristisch durch den positiven Secti
sich nämlich die Hinterstränge nebst den hinter
total degenerirt und von den Seitensträngen in versch
nur die Pyramidenbahnen. Von der grauen Substa
Partie des lateralen Randes zwischen Vorder- u
nebst einem Theile der Clark e'schen Säulen ve
in der Gegend der beiden Anschwellungen.

Mit den weiteren Erörterungen weisen die V
die Erkrankung der Pyramidenstränge selbständig
Affection der grauen Substanz von der Sklerose de
und der Hinterstränge abhing. — Bezüglich meh
Detailfr agenund Thatsachen muss auf das Original
Langreut

672) **Krauss** (Breslau): Ueber einen mit Gelenkerkr
bandlähmung einhergehenden Fall von Tabes dorsal
(Berlin. Klin. Wochschr. 1886. Nro. 43.

K. berichtet über einen im Breslauer städtisc
Beobachtung und Obduktion gelangten Fall von T
Der 45 jährige Patient, der früher Lues acquiri
liche Strapazen durchgemacht hatte, erkrankte i
an neuralgischen Schmerzen und Blasenstörungen.
ginn des Leidens stellte sich eine Kniegelenkserkr
Amputation des Oberschenkels führte. Pat. ging

einem Stelzfusse, doch traten bald wieder zuerst im Amputationsstumpf, dann im anderen Bein, Rumpf und Armen paroxysmenartige heftige Schmerzen ein, die von Zuckungen begleitet waren. Dazu gesellten sich Sensibilitätsstörungen, Ataxie, Fehlen des Patellarreflexes, träge Reaktion der Pupillen. Die Neurectomie des n. ischiadicus dexter führte zu keiner anhaltenden Besserung. Nun traten inspiratorische Dispnoeerscheinungen auf. Laryngoskopisch wurde eine Lähmung der Mm. crico-arytaenoidei postici konstatirt. Unter Zunahme der Dyspnoe erfolgte der exitus letalis. Die Section und mikroskopische Untersuchung ergab: graue Degeneration der Hinterstränge; geringe Degeneration beider Ischiadici; beträchtliche des nerv. peron. superfic. sin., des einen Vagus und beider nerv. laryng. recurr; dagegen war der nerv. laryng. sup. intern. vollkommen normal.

Bastelberger (Eichberg).

---

673) **R. Thomsen** (Berlin): Ein Fall von tödtlicher mit anscheinenden Herdsymptomen sich combinirender Neuropsychose ohne anatomischen Befund. (Arch. f. Psych. etc. XVII. 3. p. 844.)

Der nachfolgende Fall, dessen Resumé ich mit den Worten des Verfassers wiedergebe, wurde auf der Westphal'schen Klinik beobachtet: „Ein junger erblich belasteter, sonst gesunder Mann bekommt nach starkem Potus zunächst Schwindel- dann Krampfanfälle, Platzangst und mehrfache Anfälle von Delirium potatorum. An ein solches Delirium schliesst sich eine hallucinatorische Parnonoia an, die nach Monaten heilt, ebenso die Agoraphobie. Gleichzeitig weist der Kranke eine stationäre gemischte (sensorisch-sensible) Hemianästhesie auf. Das Gesichtsfeld zeigt eine eigenthümliche Combination von concentrischer Einengung und homonymer Hemianopsie. Nach einigen Monaten Exacerbation der Psychose; — nach einem nächtlichen Angstanfall zeigt der Kranke eine eigenthümlich gruppirte Hemiplegia dextra an der ausser dem oberen Facialis der M. levator palp. und der Rectus int. dexter theilnehmen, sowie der linke Hypoglossus. Paradoxe Contraction. Die Lähmung geht bald vorüber, wiederholt sich aber, ebenfalls nur für kurze Zeit, bald noch einmal und zwar nur an den Extremitäten. Statt der linksseitigen entwickelt sich später eine rechtsseitige Hypoglossuslähmung. An die zweite Hemiplegie schliessen sich Anfälle von heftigen Schmerzen in beiden Beinen und von Enteralgien mit hohem Fieber an. Unter Exacerbationen und Remissionen sowohl der psychischen als der nervösen Erscheinungen tritt allmählich fast complete Heilung ein; — ganz ohne Vorboten und ohne weitere Begleitererscheinungen bricht dann, nachdem die Krankheit insgesammt ca. 4 Jahre gedauert hat, der Kranke plötzlich todt zusammen".

Die Beobachter erwarteten bestimmt Herdveränderungen anzutreffen und neigten am meisten zu der Annahme einer multiplen Sclerose im Anfangsstadium — jedoch ergab die Section sowohl makroskopisch wie mikroskopisch einen negativen Befund, mit Ausnahme

eines leichten Hydrocephalus internus und einer stellen
fügigen peripherischen Nervendegeneration. Trotz mai
Krankheitsbilde möchte der Verf. dasselbe doch nicht als I
sen. Aber auch mit Annahme einer solchen wäre der *Erklä*
selbaften Falles ja wenig gedient. — Auch wenn man d
eines „Erschöpfungs"-Todes nach schweren Psychoneu
so fehlten doch hier objective Zeichen dafür und ist fe
liche apoplectiforme Tod völlig unmotivirt. — Uebrig
Satz des Verf., dass „an Hysterie Niemand sterben kan
unanfechtbar doch nicht sein; wenigstens hat Referent
rische Convulsionen als Todesursache beobachtet:

In der Anstalt Dalldorf starb vor einigen Jahren ein
Lehrerin, welche an classischer Hysterie litt nach fort
dings heftigen sehr characteristischen Convulsionen (nicl
tischen) ohne irgendwelche andere Todesursache. Die
nicht einmal ausgeprägtes Lungen- oder Hirnödem.
Fettherz vorhanden. Hier musste die Kranke lediglich
„nervöser Erschöpfung" gestorben sein, sie hatte sich ger
gezappelt. Hysterische Frauen „bringen eben alles ferti

Langreuter (I

---

674) **C. E. Abbott** (Braintree): Case of Myxoedema.
ödem.) (British Med. Journ. 26. Juni 1886.)

42 jährige Arbeitersfrau, die 8 Mal geboren hat
nicht belastet ist, zeigt die charakteristischen Erscheinu
ödems: Ausdrucksloses Gesicht, dicke Lippen, gedunse
Oedem des Rachens und der Uvula, stark vergrösserte
same Sprache, starkes Oedem der Hände. Trockene
Haar, Zähne meist ausgefallen, herabgesetzte Sensibilität
des Ganges, erschwertes Schlingen; in psychischer Hins
Gedankengang, gesteigerte Reizbarkeit, Gedächtnisssch
Schilddrüse war atrophisch.

Als Ursache wird anhaltende Gemüthsdepression
Sorgen angegeben. Die Behandlung war erfolglos.

Pierso

---

675) **Hale White** (London): Prognosis of the secondar
conditions of exophthalmic goitre. (Prognose der secu
nungen der Basedow'schen Krankheit.) (British Med. Jou

Bericht über 12 Fälle von Morb. Basedow sämm
Patienten betreffend. 7 davon starben; davon 2 plötzlich
der Section eine genügende Todesursache gefunden wu
nimmt daher an, durch Herzlähmung; eine Kranke
tralinsufficienz, eine an den Folgen eines Abscesses n

Blutvergiftung; eine an Ulcus ventriculi, eine an Phthise; bei einer Kranken konnte die Todesursache nicht ermittelt werden. Im Durchschnitt war der Tod $3^2/_3$ Jahre nach Auftreten der deutlichen Symptome erfolgt.

Gewöhnlich war von den 3 Cardinalerscheinungen zuerst das Herzklopfen aufgetreten, während die Schilddrüsenschwellung und der Exophthalmus ungefähr im gleichen Verhältniss der Häufigkeit folgte. Anderweitige nervöse Symptome wurden in der Regel beobachtet.

Die *Section* wurde in 4 Fällen gemacht; der Verf. fand durchaus keine charakteristischen Veränderungen am Sympathicus, dagegen hebt er gewisse Veränderungen im Lymphsystem hervor, die er in sämmtlichen Fällen fand, und zwar: Persistenz und Vergrösserung der Thymusdrüse, Vergrösserung der Tonsillen bei zwei Kranken, Schwellung der Preyer'schen Plaques und der solitären Follikel in 3 Fällen.

In *ätiologischer* Beziehung bemerkt er, dass eine der Kranken zwei ebenfalls an Basedow'scher Krankheit leidende Schwestern hatte.

In der *Therapie* der Krankheit glaubt Verf. den galvanischen Strom als bestes Mittel empfehlen zu können, nächstdem den Gebrauch von Eiswasser. Pierson (Pirna).

---

678) **A. de Watteville** (London): On tendon-reactions. (Ueber Sehnenreactionen.) (British Med. Journ. 19. Juni 1886.)

Verf., der bekanntlich in früheren Arbeiten den reflectorischen Character der Sehnenphänomene (von ihm „Sehnenreactionen“ oder „myototische Contractionen“ genannt) unter Hinweis auf die erheblich kürzere Latenzzeit derselben gegenüber den wahren Reflexen in Zweifel gezogen hat, führt in diesem Aufsatz noch einige andere Punkte zur Stütze seiner Ansicht an:

1. Weist W. darauf hin, dass reflectorische Bewegungen in der Regel eine ganze Muskelgruppe umfassen, indem in einem Rückenmarkssegment nicht einzelne Muskeln, sondern bestimmte Muskelcombinationen vertreten sind. Bei der Erschütterung einer Sehne erfolge aber nur eine Zuckung des zugehörigen Muskels. Ausserdem unterscheiden sich die Reflexbewegungen von den Aeusserungen peripherischer Erregbarkeit dadurch, dass erstere entweder den Charakter der Zweckmässigkeit an sich tragen, oder Ueberbleibsel gewisser Schutzvorrichtungen des Organismus darstellen, die sich im Laufe der Entwicklung noch erhalten haben.

2. Wahre Reflexe im Gebiete willkührlicher Muskeln können durch den Willen unterdrückt werden; die Sehnenreactionen lassen sich aber nur durch Contraction der Antagonisten hemmen.

3. Die myographische Curve ist bei der Sehnenerschütterung steiler als bei sensibler Reizung desselben Muskels.

4. Die Verbreitung mehrerer Reflexe im Rückenmark erfolgt nicht in der Weise wie bei den Sehnenreactionen, indem letztere nach

Ansicht des Verf. durch Fortpflanzung der Erschütte Knochen zu Stande kommen. Desshalb ist

5. Nach W. auch das Phänomen des sogen. gekreuz nicht als Beweis für die reflectorische Natur dieser E zufassen, sondern er hält dieselbe für die Folge einer des Beckens, denn bei Flexion des Beines oder experim Fractur des Femur bleibt das Phänomen aus, währen von der Ferse aus erzielen kann, wenn das ganze Bein re Becken extendirt wird. Ferner werden an dem gekreuz die Extensoren, sondern die dem Becken näher liegend contrahirt; endlich tritt die directe Contraction zu der wie die gekreuzte.*) Pierso

*) Vergl. Centr.-Blatt Nro. 12. 1886.

---

679) **Leslie Phillips** (Birmingham): The treatment of by galvanism. (Behandlung der Kinderlähmung mit G (British Med. Journal. 10. Juli 1886.)

Verf. ist der Ansicht, dass durch die galvanisc gelähmten Muskeln sehr leicht geschadet werden könn Stromschleifen die Antagonisten der paralytischen Mus werden und eine Verschlimmerung der sich entwickeln resultirt. Man solle daher nur schwache Ströme anwe lich diejenigen Muskeln, welche gar nicht mehr reag nicht galvanisch behandeln.

Da Verf. von der Voraussetzung ausgeht, dass Behandlung nur dann nützen kann, wenn sie Muskelcon mögen ihm seine Befürchtungen gerechtfertigt erschei sprechen sie aber nicht gegen die *centrale* Behandlu lähmung, auf welche wenigstens von deutschen Auto accent gelegt wird. Pierso

---

680) **Stintzing:** Ueber den elektrischen Leitungswiders lichen Körpers. (Münch. med. Wochenschr. Nro. 36. 1886.)

Gärtner und Jolly haben u. A. nachgewiese wirkung des galvanischen Stromes der örtlich und variable Widerstand der Haut eine erhebliche Abnah um so bedeutender ist, je grösser die Zahl der angewa Elemente. Die grosse Inconstanz der Leitungsverhäl war auffallend gegenüber den constanten Resultaten g radodiagnostischer Untersuchungen. Desshalb untern Verein mit Dr. Graeber auf's Neue eine Prüfung di zwischen ist die ausführliche Darstellung erschiene physiolog. Leitungswiderstand des menschl. Körpers vo zing und Dr. E. Graeber, Leipzig, Hirschfeld bisherigen Experimentatoren war nur der Einfluss

Stromes auf den Körperwiderstand genauer studirt worden — die praktischen Zwecke des Vortr. brachten es mit sich, auch den *Induktionsstrom* in den Kreis der Untersuchungen zu ziehen. Vortr. bediente sich der bekannten Methode der Widerstandsmessung mittelst der Wheatstone'schen Brücke, wie sie auch von Gärtner und Jolly angewandt wurde. Während aber die letzteren den einwirkenden galv. Strom nach dem unsicheren Maass der Elementenzahl bestimmt hatten, drängte sich Stintzing und Graeber die Nothwendigkeit auf, die im Körper vorhandene *Stromstärke* mit in Erwägung zu ziehen. Sie schalteten desshalb in ihrer ganzen Versuchsreihe in den zum Körper führenden Stromzweig das Edelmann'sche Einheitsgalvanometer ein. Zur Widerstandsmessung benutzten sie ein von Edelmann construirtes Rosenthal'sches Galvanometer mit Fernrohr-Ablesung. Ferner fertigte dann E. besondere Elektroden an, welche sich als in idealstem Sinne unpolarisirbar zeigten.

Die meisten Versuche wurden an Lebenden angestellt, bei Applikation der Elektroden theils auf die Vola beider Hände, theils auf die Beugefläche beider Vorderarme. Dabei zeigte sich (wie bei Gärtner und Jolly) eine grosse Verschiedenheit des Anfangswiderstandes. Neben individuellen Verschiedenheiten hängt dieselbe wohl zum grössten Theil von der Unmöglichkeit ab, bei den colossalen anfänglichen Schwankungen des Galvanometers den Widerstand im Momente der Einleitung des Stromes sofort zu bestimmen. Um den *Ablauf* der Widerstandsschwankungen beobachten zu können, behielten sie das Galvanometer bei dauerndem Stromschluss beständig unter Augen. Selbst bei stundenlanger Fortsetzung erkannten sie eine stetige W.-Abnahme, welche sich jedoch sehr bald nach Beginn derselben innerhalb relativ enger Grenzen bewegte. War also schon bei Anwendung schwächster Ströme (0,01—0,05 MA) in kurzer Zeit eine relative Constanz des W. zu erzielen, so trat diese noch in viel höherem Grade bei Einleitung starker Ströme (5,0—10,0 MA.) auf und konnte schliesslich als absolute Constanz („constantes Minimum") angesehen werden. Und zwar wurde diese absolute Constanz (3000 — 1000 Ohm) in bedeutend kürzerer Zeit erreicht und hielt sich unabänderlich auf der gleichen Höhe, welche selbst durch häufige Unterbrechungen und Wendungen nicht mehr alterirt werden konnte. Die beständige Controle des Edelmann'schen Galvanometers ermöglichte es, zu bestimmen, in wie weit die erwähnten Schwankungen des W. die Stromstärke im menschlichen Körper beeinflussen. Das Resultat war:

1) Die bei Einleitung *schwacher* Ströme eintretenden ungeheuren Schwankungen des Widerstandes ändern die Stromstärke gar nicht oder nur minimal.

2) *Starke* Ströme setzen den Widerstand in kürzester Zeit bis zu oben erwähnter Constanz herab, mit welcher eine Constanz der Stromstärke parallel geht, oder die Schwankungen bewegen sich innerhalb so enger Grenzen, dass sie, trotz der grösseren Bedeutung kleiner

Widerstandsschwankungen für höheree Stromstä
tenswerthe Schwankungen der Stromstärke bedi
Daraus folgt, dass die Widerstandsschwank
Körper die Sicherheit der gebräuchlichen galvano
suchungen nicht beeinträchtigen, vorausgesetzt, da
genügend gedämpften Galvanometer angestellt w
suchen über die Beeinflussung des Leitungswider
duktionsstrom ergab sich: bei Durchleitung sch
faradischer Ströme wird der Leitungswidersta
Körpers gar nicht herabgesetzt, verhält sich
wie bei Stromesunterbrechungen, auch insofern,
eine Zunahme erfährt, wenn er vorher auf galv
worden war. Erst bei Einleitung von *sehr* st
zeigt sich eine geringe Abnahme des L. W.
mittelstarke faradische Ströme den Widerstand im
nicht herabsetzen, so muss man folgern, dass wi
des motor. und sensibelen Systems mit dem ind
Nichtbeachtung des Leitungswiderstandes, auf w
Nachdruck legt, keinen Fehler begehen, wenn wir
ein vom galv. Strom noch unberührtes Objekt u
scheinungen sind wohl zum grössten Theil auf
phorische) Wirkungen zurückzuführen (Munk, G
chen sich, wie Parallelversuche an Leichen, so
starker farad. Ströme ergaben, auch physiologisc
flüsse (Jolly) geltend. Golds

681) **Roderich Stintzing** (München): Ueber e
Grenzwerthe. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXXIX. Bd

Da uns bisher ein für alle Beobachter gülti
stab für die elektrischen Erregbarkeitsverhältniss
Verf. diesem Mangel abzuhelfen und zu zeigen,
heit pathologische und normale Befunde von ei
einen Theil der Befunde verschiedener Beobachter
gleichen kann. Die historische Entwicklung der
soluten Strommessung wird in kurzen Worten d
ausführlicher über die Eigenthümlichkeiten und d
schiedenen Einheitsgalvanometer berichtet. Die hö
suche selbst möge man im Originale nachlesen.
sein, die vom Verf. selbst formulirten Resultate h

1) Das gegebene Maass für alle elektrisc
stimmungen ist die Stromdichte.

2) Stromdichten haben nur dann den Werth
Maasse, wenn ihnen eine Vereinbarung der Ma
stärken und Leitungsquerschnitt) und der Messung
liegt.

3) Der einzige allen wissenschaftlichen Anfo
Strommesser ist Edelmann's „Einheitsgalvano

4) Die zur Minimalerregung der motor. Nerven und der Muskeln erforderliche Stromdichte variirt mit der Grösse des Elektrodenquerschnittes, und zwar nimmt sie mit der Vergrösserung des letzteren in unbekanntem Verhältniss ab. Daraus folgt:

5) Zu vergleichbaren Erregbarkeitsbestimmungen muss immer eine Elektrode von gleichem Querschnitt („Einheitselektrode") verwendet werden.

6) Die zweckmässigste „Einheitselektrode" ist ein Stromgeber von 3 Qcm. Querschnitt.

7) Bei Anwendung dieser „Einheitselektrode" schwankt die normale elektrische Erregbarkeit.

a an einem und demselben Individuum faradisch im Mittel um 44 Mm. Rollenabstand, galvanisch im Mittel um 2,3 MA.

b) an verschiedenen Individuen faradisch in maximo um 80 Mm. Rollenabstand, galvanisch in maximo um 3,0 MA.

8) Die Erregbarkeitsdifferenzen zwischen verschiedenen Individuen an einem und demselben Nerven sind kleiner (im Mittel 21 Mm. resp. 1,2 MA.) als zwischen verschiedenen Nerven eines und desselben Individuums (44 Mm. resp. 2,3 MA) daraus folgt:

9) Die physiologische Erregbarkeit der einzelnen motorischen Nerven (u. Muskeln) lässt sich generell begrenzen. Die Minimalerregung der gleichen Nerven verschiedener Individuen findet nämlich statt innerhalb „specifischer Strombreiten", die durch einen unteren und oberen „Grenzwerth" bestimmt sind.

10) Diese „Strombreite" für die normale elektrische Erregbarkeit der einzelnen Nerven (und Muskeln) zeigen insofern unter einander ein gesetzmässiges Verhalten, als sie sich in eine Reihe („Erregbarkeitsscala") ordnen lassen, die mit geringen Abweichungen für jeden Einzelfall mustergiltig ist.

11) Auch die Erregbarkeitsdifferenzen zwischen beiden Körperhälften eines und desselben normalen Individuums lassen sich durch absolute Werthe begrenzen.

12) Die Anodenzuckungen treten in ziemlich variabler Entfernung von der KSz auf und eignen sich ebensowenig wie die übrigen Zuckungsformen zur Aufstellung von Normalskalen.

13) Die ASz tritt in der überwiegenden Mehrzahl (Nerv 72 Proc. Muskel 89 Proc.) früher als die AOz. auf.

14) Bei allen elektro-diagnostischen Untersuchungen muss man die Prüfung mit dem Induktionsstrom derjenigen mit dem constanten Strom vorausgehen lassen (v. Ziemssen).

15) An der Hand der vom Verf. gefundenen Normalwerthe lassen sich Steigerungen und Verminderungen der elektrischen Erregbarkeit selbst in geringen Graden mit Sicherheit erkennen.

Goldstein (Aachen).

682) **Stschtscherbak:** Zur Frage von der norma
barkeit der Nerven und Muskeln und ihrer Messı
gischen Zuständen. Vorläufige Mittheilung aus
Mierszejewski. (Wratsch Nro. 42. russisch.)

Da in der Literatur äusserst wenige Thats
galvanische Erregbarkeit der Muskeln verzeichn
Lücke durch Versuche an 46, theils vollkomme
peripheren Nervenerkrankungen (traumatischen
Lähmungen) leidenden Personen auszufüllen unter
die differente Erb'sche Normalelektrode (10 Q
fläche) mit beständigem, nach Grammen bestimm
die zu untersuchende Stelle aufgesetzt, die ind
dratcentimeter Oberfläche befand sich immer ar
zu untersuchende Extremität war immer in de
befindlich, damit der Nerv seine anatomische L
Hautdecken nicht verändere; die absolute Stroms
mung der Minimalzuckung bei KaS auf dem Ner
wurde mit dem mehrfach verificirten Gaiffe'sc
stimmt. Geprüft wurden: der Frontalast des Faci
Peronaeus, der M. ulnaris externus und der M. ti
den Körperseiten, wobei für die Nerven annähr
0,5—2,0 MA. schwankende Werthe erhalten wu
naris internus 2—4 MA. für den M. tibialis a
Mittel für den N. frontalis 1,5 MA. für den M. ı
den N. peronaeus 1,44 MA. für den M. ulnaris i
den M. tibialis anticus 3,9 MA. Bei *functionellen*, m
verbundenen *Erkrankungen* fand Verf., dass, wer
führten Zahlen als Norm annahm, die galvanisc
Nerven und Muskeln bedeutend gesteigert war,
dem Falle, wenn die Nerven normal reagirten. I
nähern sich sehr den von Stintzing (siehe vo
tenen, nämlich: für den Frontalnerven 0,9—2,0
naris 0.6—2,6 MA. für den N. peronaeus 0,2—2
ulnaris internus 0,9—2,9 MA. für den M. tibia
MA. (Erb'sche Normalelektrode und Edelmann

Hinze (S

683) **Witkowski** (Hördt i. Elsass): Ueber epil
einige andere die Epilepsie betreffende klinische
(Berl. Klin. Wochschr. 1886. Nro. 43 u

Diese auf jahrelang fortgesetzten, sorgfältig
Arbeit des Verf. die reich an neuen, gar manch
den Ansichten widersprechenden Beobachtungen
zum grössten Theil mit der Frage nach den T
wie sie bei Epileptikern nachzuweisen sind. In
bei W. der von Charcot aufgestellten Behau
nämlich jeder ausgebildete epileptische Anfall r
steigerung von 1° C. und mehr einhergehe.

Verf. behauptet vielmehr, dass einerseits sowohl der Einzelanfall — und zwar in der Regel — als auch sogar ganze Anfallsphasen ohne jede Temperatursteigerung verlaufen können, während man andererseits öfters Fiebertemperaturen von 40° und darüber konstatiren kann, wobei selbstverständlich immer nur von solchen Fällen gesprochen wird, bei denen ausserhalb der Neurose keinerlei Fieberursache nachgewiesen werden kann.

Hierauf geht Verf. über zur *Charakteristik* dieser Temperatursteigerungen. Er weist darauf hin, dass dieses Fieber, welches in Bezug auf *Dauer und Verlauf* als eine ziemlich rasch vorübergehende Erscheinung bezeichnet wird — die Temperatursteigerung dauert in der Regel 2—3 Tage, manchesmal nur wenige Stunden, in maximo wohl kaum über 4—5 Tage — wohl nie unvorbereitet eintritt, dass vielmehr fast stets andere nervöse Störungen vorangehen, meist eine starke Anfallshäufung, selten eine geringe Anfallsvermehrung und noch seltener nur psychische Veränderungen.

Das *Anwachsen* des Fiebers erstreckt sich meist über einige Stunden, selten erfolgt der Ausbruch plötzlich, ausser beim sog. status epilepticus wo der plötzliche Ausbruch die Regel ist. Verf. macht hiebei auf eine Anzahl von Fällen von status epilepticus aufmerksam, in denen die Erscheinungen in Zahl und Ausbildung der Anfälle Bewusstseinsstörung, Hinfälligkeit und Temperatur *staffelförmig* im Laufe weniger Tage in die Höhe gehen. Diese Art des status hat eine *sehr bedenkliche Prognose*, die schon sehr früh im Beginn des allmählichen Ansteigens gestellt werden kann. Therapeutisch empfiehlt hiebei Verf. Atropin subcutan. Der *Nachlass des Fiebers* erfolgt nach Verf. meist lytisch. Derselbe geht ferner immer parallel der psychischen Störung, sodass hohe Temperaturen, die noch bei Freierwerden des Bewusstseins fortbestehen oder neu auftreten, immer auffordern nach Complicationen zu suchen. Hierauf geht W. auf *die das Fieber begleitenden Erscheinungen* über und erörtert hiebei die Beziehungen zu der Bewusstseinsstörung und der Muskelunruhe. Er bemerkt am Schlusse dieses Abschnittes, dass uns die engen Beziehungen, in denen die Fiebertemperaturen sowohl zu den Bewusstseinsstörungen einerseits als auch zu den Muskelzuckungen andrerseits stehen, auf eine räumliche Nachbarschaft der betreffenden Centralorgane hinweisen. Was endlich die *Prognose* des bei Epileptikern auftretenden hohen Fiebers betrifft, so muss sich W. gegen die von Wunderlich stammende und bis in die meisten Lehrbücher fortgeschleppte Behauptung wenden, dass nämlich sehr hohes Fieber bei Neurosen überhaupt und bei Epilepsie insbesondere immer nur als agonales Symptom vorkomme. Dies sei vollkommen unrichtig. Natürlich sei nach W. bei schwerem status epilepticus die Prognose immer relativ ungünstig, es könnten jedoch auch noch sehr ungünstig aussehende Fälle in volle oder theilweise Genesung (Defekt) übergehen.

Zuletzt geht Verf. auf die Wichtigkeit, die dem Fieber als Begleitsymptom der Epilepsie in der gerichtsärztlichen Praxis zukommt, ein.

In dem Rest seiner Abhandlung bespricht W. dann noch das Verhältniss der Anfälle zu der Krankheit, und weist nach, dass, wäh-

rend bei einem Theil der Epileptiker die Krank
ten oder nur rudimentär entwickelten Anfälle
als genaues Aequivalent für den Einzelanfall g
treten *„Anfallszustand."* Die solche Anfallszust
chischen Störungen, Aufregungen und Gewaltak
chesmal vor oder nach den Anfällen kommen, g
dem Anfalle, oder vielmehr dem „Anfallszustande
forensisch so beurtheilt werden. Verf. verlang
Epileptiker gerichtlich abgeurtheilt werden dü
durch einen „sachkundigen Arzt" wozu er alle
richtsärzte nicht rechnet. *Therapeutisch* hat si
Anfallszustand folgendes Verfahren am besten b
Epileptikern täglich eine kleine Gabe Bromsalz
steigt beim Beginn des Anfallstadiums sofort
—10,0. Hiebei will er nie eine erheblichere
bekommen haben.

Hierauf wendet sich W. gegen die übert
photographischen Gleichheit aller Anfälle und
den Anfallscharakter folgendes System auf.

Zuerst unterscheidet er 2 Hauptgruppen:
„bei der Anfallskombinationen und erhebliche
überhaupt nicht vorkommen" und eine vorwieg
lepsie" in deren Verlauf wiederum ganz ver
selten und dann fast immer nur rudimentär a
entwickelte überhaupt gar nicht oder nur i
men erfolgen." Von diesen zwei Gruppen zw
Unterabtheilung ab nämlich von der regulären
wiegend beim Manne vorkommenden Uebergang
tica, bei welcher sich die Hinneigung zur De
stehung im Mannesalter und die allmählich entste
geistige Schwäche kund gibt und auch anatomi
phie, Gehirngefässsklerose und Schwund der P
sich manifestirt; und andrerseits von der psy
vorwiegend bei Frauen vorkommende Form mit
— Hysteroepilepsie. Ferner führt er noch e
wo die Krankheit aus frühester Kindheit stam
idiotische Irresein, wo die Kranken „ein Gem
teren Grades mit anfallsweisem Irresein" repräse
6 Formen.

W. glaubt mit dieser Eintheilung einen
zielt zu haben. Bezüglich der Intervalle zwis
fällen oder den Anfallsphasen weist Verf. da
chen Kranken im Anfall Stupor, Hemmung in
wegungsdrang auftritt, während meistens das
Zum Schlusse entwickelte er dann eine Theo
wenn sie sich auch eng an die klinischen Erfah
vorläufig auch nur eine hypotetische bleibt.

Bastelb

684) **H. Emminghaus** (Dorpat): Zur Pathologie der postfebrilen Dementia. (Arch. f. Psych. etc. XVII. 3. p. 795)

Der Verf. war so glücklich das Gehirn eines im Verlauf einer frischen postfebrilen Psychose gestorbenen 19 jährigen Mannes untersuchen zu können. Die fieberhafte Erkrankung (Recurrens) hatte im Februar begonnen, wurde im Verlauf der langwierigen Reconvalescenz durch langsam beginnende Geistesstörung complicirt, welche sich zuerst durch ängstliche Erregung äusserte und dann in classische Demenz überging. Der Tod erfolgte Anfang Juli unter plötzlichen Collapserscheinungen. — Die anatomische Untersuchung — deren Schilderung sich durch vorzügliche Objectivität auszeichnet — ergab kurzgefasst: *trübe Schwellung und albuminösfettige Degeneration des Ganglienzellen-protoplasmas.* Die Zellen der Grosshirnrinde waren mit Ausnahme des Cuneus ziemlich gleichmässig betheiligt, wie die Untersuchung sämmtlicher Windungen ergab. Die zugleich vorhandene Erweiterung der pericellulären Räume erklärt der Verf. ohne Weiteres als Kunstproduct: Die im Leben entstandene trübe Schwellung bedingte eine Erweiterung der Hohlräume der Zwischensubstanz, welche in Folge anderer chemischer Zusammensetzung bestehen blieb, nachdem die Zellen postmortal durch Chromsäurehärtung geschrumpft waren. (Boraxcarmin- und Weigert'sche Färbung). Interessant ist die Uebereinstimmung dieses Befundes mit den (nach Ansicht mehrerer Forscher) Anfangsveränderungen der allg. Paralyse. Die Nervenfasern waren in dem fraglichen Falle durchaus unverändert, hätten aber bei längerer Dauer des Leidens ja auch noch ergriffen werden können. — Noch bleibt zu erwähnen, dass Emminghaus in 3 Fällen Geistesgesunder, welche an phthisischen Prozessen *unter lange anhaltendem Fieber* zu Grunde gegangen waren, dasselbe Missverhältniss zwischen Ganglienzellen und umgebenden Räumen fand. Er errinnert an die „trübe Schwellung" welche bei hochfieberhaften Krankheiten im Zellenprotoplasma der Leber, Niere etc. constatirt wird.

Langreuter (Eichberg).

---

685) **Graf** (Werneck): Geistesstörung nach Kopfverletzungen. (Friedr. Bl. f. ger. Med. u. s. w. 1886 37. Jahrg. 5. Heft Sept. und Oct.)

1. F. K. aus gesunder Familie, wird 1880 Soldat und am 16. 9. 1881 dadurch schwer am Kopfe verletzt, dass er von einem scheu gewordenen Pferde geschleift wird. Er trägt zwei, die ganze Kopfschwarte durchdringende Wunden die eine am Stirnbein, die andere am Hinterhaupt, davon und bleibt lange bewusstlos, dabei unruhig, gewaltthätig. Vom 25. 9. ab Aphasie und beträchtliche Gedächtnissschwäche, Klagen über Doppelsehen und Flimmern vor den Augen. Unreinlichkeit. Am 3. 10. sind die Wunden verheilt; am 8. 10. Bewusstsein ziemlich klar, Pupillen erweitert, starr. Wegen andauernder Gedächtnissschwäche und verlangsamten Denkens wird K. am 1. 12. mit zweifelhafter Prognose auf 2 Jahre für dienstunfähig erklärt. Des Unfalls erinnert er sich nicht. Am 8. 2. 1882 kommt er wegen

Verfolgungs- und Vergiftung-Wahnideen in (
wirrt, schlaflos, unrein, hat Hallucinationen d
ist zeitweise läppisch, heiter, später apathisch
lassen, kehrte er am 15. 7. 1884 wieder. Er
regt und hat starke Kopfschmerzen. Pupillen z
Ptosis. Mai 1885 wird er gebessert entlasse

2. J. Schm. lediger Fabrikarbeiter, 24
1886 als Untersuchungsgefangener, behufs Fe
zustandes, der Anstalt zugewiesen. Er ist be
sowie durch Einsteigen in ein Zimmer, etliche
auch einen Kameraden mit dem Messer bedr
in der Zeit vom 17. 9. bis 27. 10. 1885. Die V
Zeugenaussagen fest, dass Schm. im August 1
mit Soldaten 5 Yataganhiebe erhielt, von dene
Die Wunden heilten rasch, doch wurde etwa
Verletzung bei dem Schm. eine Charakteränd
sich in närrischen Handlungen dokumentirte.
unterm 9./10. September seine Entmündigung l
suchungshaft war er sehr aufgeregt.

Gutachten. Schm. stammt aus gesunder
August 1885 gesund und führte sich gut. Er is
von schlaffer Haltung. Am behaarten Kopf vers
Linkes Ohr schwerhörig. Schm. ist stets pas
Befragen zögernd, entwickelt nicht gern grö
Benehmen ist läppisch. Er klagt stets über
Schlaflosigkeit, Urtheil und Gedächtniss sind
abgestumpft, Willensschwäche. Manchmal äuss
ideen. Schm. ist sowohl jetzt erheblich geistes
schon zur Zeit der Strafthaten gewesen, welche
pel des kindisch Albernen an sich tragen. S
bekannte Bild der Geistesstörungen nach Kopfv
Prognose ist schlecht. Lands

---

686) **Berkhan** (Braunschweig): Ueber die Stör
bei Halbidioten und ihre Aehnlichkeit mit den S
meln und Stottern. (Arch. f. Psych. XVII. 3. p. 89

In Verfolg seiner letzten vorigjährigen]
tralbl. 1885. p. 283) bringt der Verf. einige
von Halbidioten, welche an „Schreibstammeln"
litten: d. h. theils liessen sie gewisse Buchstal
überhaupt aus, theils producirten sonst richtig
Affect plötzlich ungewöhnliche und unsichere S
Langre

---

687) **K. K. Tolwinsky:** Ueber die Behandlung der Dipsomanie mit Strychnin. (Wratsch Nro. 38. 1886.) russisch.

688) **A. S. Parzewsky:** Dasselbe. (Med. obosrenie 1886 Nro. 15. Wratsch Nro. 38.)

T. theilt folgenden Fall mit, der nach langer vergeblicher Behandlung mit den gewöhnlichen Mitteln durch Strychnin geheilt wurde. Patient, Bäcker, 34 J. aus neuropathischer Familie. Vater starb in Folge von Trunk, eine Schwester hysterisch, die Brüder angeblich gesund, jedoch Trinker. Pat. bis zum 25. Jahre gesund, genoss keine Spirituosen; seit der Zeit stellte sich zeitweilig unwiderstehliches Verlangen nach Spirituosen ein. In den ersten Jahren konnte Pat. sich in den Zwischenräumen noch beschäftigen, allmählich wurden die Anfälle anhaltender, oft Monate lang mit ganz unregelmässigen Zwischenräumen. Zuerst stellte sich starke Langeweile, Herzklopfen und Schwermuth ein, Pat. zog sich von den Menschen zurück und griff endlich zum Alcohol; während der Anfälle unruhiger Schlaf, oft vollständige Schlaflosigkeit, heftiges Zittern der Hände und Füsse, krampfhaftes Zusammenziehen der Zunge, erschwertes Sprechen. Endlich auch während der Anfälle Uebelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, äusserste Schwäche und starke oft tagelang währende Verstopfung.

Im August 1885 wurde Verf. zum ersten Male gerufen und versuchte bis zum Mai 1886 mit den verschiedensten Mitteln vergeblich die Anfälle abzukürzen oder zu vermindern. Da verordnete er nach vorheriger starker Abführung salpetersaures Strychnin $^1/_{60}$ Gran in Pillen, 3 Mal täglich eine Pille. Branntwein wurde nicht verboten. Am folgenden Tage einige Besserung und kein Verlangen nach Alcohol, die andern Symptomen dauerten noch fort bis zum 4. Tage, von da ab deutliche Besserung mit gutem Schlaf und starkem Appetit. Die Strychnindosen ($^1/_{60}$ Gran 2 Mal täglich) wurden $1^1/_2$ Monate fortgesetzt. Pat. fühlt sich seitdem gesund, hat seine Beschäftigung aufgenommen und seitdem keinen Anfall oder Verlangen nach Alcohol gehabt.

P. hat 9 Fälle mit Strychnin behandelt in Form von subcutanen Injectionen. 7 Fälle hatten ausgezeichneten Erfolg in zweien versagte das Mittel.

Buch (Willmanstrand).

---

689) **F. Zierl** (Kaufbeuren). Gerichtlich psychologische Mittheilungen. V Verbrechen der Brandstiftung. Fall auf den Kopf. Reflexpsychose (Epileptische Zustände). (Friedr. Bl. f. ger. Med. u. s. w. 37. Jahrg. 4. Heft, 1886. Juli.)

1. Akten. Der ledige, 44 J. alte Tagelöhner X. J. v. M. macht sich in der Zeit von 1877 bis 1881 verschiedener Brandstiftungen und Brandstiftungsversuche schuldig. Im Verhör giebt er weinend an, es sei ihm gewesen, als hätte er anzünden müssen, auch sei er betrunken gewesen und macht auf den Untersuchungsrichter den Eindruck

eines Geisteskranken. Die Zeugen geben an, da
nüchtern, ordentlich und fleissig sei. Nach der 1
eines Bauern begangenen Brandstiftung wurde
mehrmonatlichem Gefängniss verurtheilt weil er be
Brandzettel gefunden zu haben, jedoch von der
stiftung auf Grund des gerichtsärztlichen Guta

2. Beobachtung. J. macht den Eindruck ein
sinnigen Menschen. Linkseitiger Ohrenfluss. Herz h
mal Geräusche an Stelle der Töne. Schon in de
er seinen Krampf, wobei es ihm von der Magengi
in den Kopf stieg. Alsdann kam es zu subjektiv
Funkensehen. In diesem Typus wiederholten sich
mal trat eine Art Wuth hinzu, mit Drang anzu
hängen. Auch schreckhafte Hallucinationen und
kamen vor. Manchmal bestand partieller Errinne
Zeit der Anfälle. Dieselben kamen nur Nachts,
Abortive Anfälle wurden auch bei Tage beobachte
len grosse Schwäche.

Sein Vater war ein halbes Jahr lang geiste
nach einem Schlaganfall ein Jahr „verrückt" litt
ebenso wie seine Schwester. Er war schon als
fiel mit 20 Jahren von einem hohem Baum und bl
wusstlos. Nach dem Erwachen hatte er Blutung a
aus dem später Eiter oder warmes Wasser kam,
kopfschmerzen. Seitdem war er kopfkrank. Den
er vor etwa 14 Jahren Nachts. Die Brandstiftun
innerem Zwang, hatte auch öfter Drang zum Selbs
tiges Verhalten ist nicht auffallend.

3. Gutachten. Es kann sich nur um einen epile
handeln. Die „Wuth" stellt sich als Trieb zur Beg
Handlungen dar, wie er als Aequivalent von Krämp
häufig ist. Auch die Hallucinationen sind für Epile
ebenso die anderen Symptome. Ursache der Kran
auf den Kopf. Die gerichtsärztliche Beurtheilung
fach. J. beging die Strafthaten in krankhaftem Zu
Alkohol eine wichtige Rolle spielte. Auf dieses Gu
Strafverfahren gegen J. eingestellt und derselbe de
ben, wo er sich noch befindet. Landsbe

---

690) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Epileptischer Sch
Fälschung einer Urkunde. Ob im epileptischen Dämm

(Friedr. Bl. f. ger. Med. u. s. w. 37. Jahrg. 4. Heft 18

Akten. F. Sch., Oberaufseher bei der Fina
am 28. 3. 1883 wegen Dienstvergehens mit ents
entlassen. April 1885 bewirkte er sich mit g
Zeugniss um eine ähnliche Stelle. Die Fälschung

seiner, theils von unbekannter Hand herrührend, erkannt. Im Verhöhr und anderweitig wird festgestellt, dass Sch. seit Mitte 1884 an Epilepsie mit postepileptischer Unbesinnlichkeit und Sprach-Störung leidet. Er hat sich entleiben wollen. Exploration den 17. und 18. 7 1885. Explorat beantwortet prompt alle Fragen, zeigt jedoch Gedächtnissschwäche. Der Vater sei Trinker, die Mutter in Folge von Schreck gestorben. Ein Stiefbruder sei auch Trinker, mürrisch. Er selbst vertrage keine geistigen Getränke. Bis zum 14. Jahr Bettnässen, das ihm viel Schläge eintrug. Von der Finanzwache sei er auf eigenen Antrag entlassen; seit Mai 1884 zeitweise verwirrt, so, dass er einmal unbewusst eine Bahnreise machte. Später sei er von Krämpfen befallen worden, nach denen Sprachstörung zurückblieb. An der Fälschung sei er unschuldig. Explorat machte den Eindruck eines geistig geschwächten, gemüthlich sehr erregbaren Menschen. Ausdruck der Augen sehr nervös, Schädelbau etwas abnorm.

Gutachten. Explorat ist zu Neurosen disponirt und leidet seit Jahresfrist an Epilepsie. Dieselbe bedingt episodisch sog. Dämmerzustände mit unbewussten, manchmal aggressiven Handlungen. Dauernd besteht Schwachsinn, welcher die Widerstandsfähigkeit des Exploraten gegen Impulse zu strafbaren Handlungen vermindert. Betreffs der Strafthat bestehen drei Möglichkeiten:

a. Er hat wissentlich gefälscht und leugnet, dies ist nicht wahrscheinlich.

b. Er hat es vergessen. Auch dies ist nicht glaubhaft.

c. Er hat im Dämmerzustande gefälscht und errinnert sich nicht. Manches spricht dafür, Manches dagegen.

Landsberg (Ostrowo).

---

691) **Sioli:** Bericht über die Provinzial-Irren-Anstalt zu Bunzlau. 1885.

Verpflegt wurden im Etatsjahre im Ganzen 665 (365 Männer, 301 Weiber). Aufgenommen 53 (31 Männer, 22 Weiber). Ab gingen durch Entlassung, Beurlaubung und Versetzung 19 (13 Männer, 6 Weiber), durch Tod 37 (16 Männer, 21 Weiber).

Der Durchschnitts-Krankenbestand war 608,04, mithin über den Etat 8,04.

Das grösste Contingent der Aufnahme stellten die chronische Demenz und die primäre Verrücktheit. Paralytiker kamen nur drei zur Aufnahme, eine Folge der langen Wartezeit. Alcoholiker sind 10% der Aufnahme.

Die Krankheitsdauer vor der Aufnahme ist bei 10 Fällen 6 Monate, bei 7 Fällen 1 Jahr, bei 18 Fällen bis 5 Jahr und bei 16 Fällen über 5 Jahr. Es wird über die Umständlichkeit der Aufnahmebedingungen gegenüber den frisch Erkrankten geklagt und daraus die späte Ueberführung gefolgert. Für die als nicht-heilbar aufgenommenen Kranken beträgt die Wartezeit für Männer 2, für Frauen 1 Jahr.

Vorwiegende Ursachen zur geistigen Erk
in 7, Kopfverletzung in 4, erbliche Anlage in
Vagabondage und Polizeiconflict in 5 Fällen.

Die Aufenthaltsdauer der Entlassenen in d
den 3 Genesenen von 4 Monat bis 1 Jahr, bei
geheilt Entlassenen 2 bis 20 Jahre. Die Gesamm
beträgt 5,5% der Verpflegten; die Zahl der T
hoch, fast 48,6% aller Gestorbenen. Bezüglich
störung zeigen die Epileptischen die grösste T
allgemeine Gesundheitszustand wurde durch mehr
von Infectionskrankheiten unterbrochen. Ein D
tödtlich, ebenso einer von 3 Ruhrfällen; an Typh
sonen des Beamtenpersonals.

Beschäftigt wurden bei einem Bestand vo
Weibern, 60% M. und 62% W.

Es wurde für die Anstalt ein neuer Beköst
dessen Verbesserung seinen Ausdruck in den Me
Etat betrug für 1885 — 107,108 Mark zu 137,
Es wurde ferner die Anstellung eines dritten Arzt
liche Verbesserung der Stellung des Directors ge

Neuendo

IV. Miscellen.

Circular-Erlass

des Königl. Preussischen Ministers der Medicin
die staatliche Beaufsichtigung der Privat-Irrenar
Vom 9. October 1886.

Die Wissenschaftliche Deputation für das
Veranlassung erhalten, sich gutachtlich darüber zu
Weise die Wirksamkeit der staatlichen Beaufsic
Irrenanstalten vermehrt und sicherer gestellt werd

Ew. Hochwohlgeboren theile ich beifolgend
lichen Theil des von der Wissenschaftlichen Deputa
Januar d. J. erstatteten Gutachtens mit dem ergeb
sich zu demselben gefälligst auf Grund der im dortig
Erfahrungen zu äussern.

In Vertretung: de la Croix.

M. No. 1478.

An die Königlichen Regierungs-Präsidenten zu Pots
lau, Magdeburg, Wiesbaden, Hannover und
Königlichen Regierungen zu Schleswig und Kö

Anlage. Berlin, den

Die für das ganze Staatsgebiet giltigen
mungen finden sich in Reichsgesetzen und betre

1) § 30 der Reichsgewerbeordnung in der
1883 (R.-G.-Bl., S. 186) die Bedingungen, un

nehmigung zur Errichtung von Privat-Irrenanstalten von den Verwaltungsbehörden zu versagen ist. Die jetzige Fassung des § 30 der R.-G.-O. ist von der Preussischen Regierung auf Grund eingehendster Erhebungen beantragt und damals aus practischen Gründen davon abgesehen worden, die Genehmigung zur Errichtung von Privat-Irrenanstalten lediglich approbirten Aerzten zu ertheilen;

2) das gerichtliche Verfahren der Entmündigung (Civil-Process-Ordnung für das deutsche Reich §§ 593 bis 627);

3) die Zurechnungsfähigkeit und die Strafrechtspflege. Straf-Process-Ordnung für das deutsche Reich § 81 und R.-St.-G. §§ 51, 65 Z. 3, 176, 2 und 239.

Weitere reichs- oder landes*gesetzliche* (Preussische) Bestimmungen über das Irrenwesen sind uns nicht bekannt.

Unter dem 2. Februar 1874 hatte der Herr Reichskanzler das veränderte Belgische Gesetz, betreffend das Irrenwesen vom 28. December 1873, bzw. 18. Juni 1850 (Ministerial-Bibliothek XI. Rapport sur la situation des établissement des aliénés du Royaume 1874/76 Sp. 558 ff.) durch den Herrn Minister des Innern an Ew. Excellenz Herrn Amtsvorgänger mitgetheilt, von welchem unter dem 30. April ds. J. ein Bedürfniss zu einer anderweiten *gesetzlichen* Regelung dieser Angelegenheit nicht anerkannt werden konnte, zumal der grösste Theil des Belgischen Gesetzes aus Vorschriften bestände, welche lediglich dem Gebiet der Instruction anheimfielen und erforderlichenfalls auf Grund der dem Staat zustehenden Aufsicht über das Irrenwesen jeder Zeit angeordnet werden könnten. (Cf. M. 1463/74 Acten Krankenanstalten No. 12 vol. 4.)

In den seither verflossenen 11 Jahren haben die Privat-Irrenanstalten ungeachtet ihrer zweifellos erheblichen Vermehrung, soweit aus den bezüglichen Acten zu ersehen ist, zu begründeten Klagen, welche eine weitere *gesetzliche* Regelung der Materie fordern könnten, keine Veranlassung gegeben, wohl aber sind einzelnen Mitgliedern der unterzeichneten Deputation Unzuträglichkeiten bzw. Missstände zur Kenntniss gelangt, welche eine mehr einheitliche Regelung einzelner Punkte in der Beaufsichtigung der Privat-Irrenanstalten im Interesse der dort untergebrachten Kranken angezeigt erscheinen lassen dürften, zumal die Beaufsichtigung der gedachten Anstalten in den verschiedenen Bezirken des Staates in sehr verschiedener Weise gehandhabt wird; dadurch entstehen für nahe bei einander, aber in verschiedenen Regierungsbezirken belegene Anstalten hin und wieder Unzuträglichkeiten.

Wir erlauben uns im Folgenden nur kurz diejenigen Punkte anzuführen, welche nach unserem Dafürhalten einer weiteren Erörterung und eventuellen generellen Regelung bedürfen, enthalten uns aber aller formulirten Vorschläge. Die folgenden Bemerkungen beziehen sich auf: 1) die Art der Aufnahme von inländischen Geisteskranken in Privat-Irrenanstalten, 2) die staatliche Revision, und 3) die Einrichtung derselben.

1) Die Aufnahme von Geisteskranken in
auf Grund bald eines ärztlichen, bald eines a
Grund eines privat- und eines amtsärztlichen G
Anstalten zu Berlin und Charlottenburg seit de
dem ist in Gemässheit der Erlasse vom 16.
April 1862 (Eulenberg, das Preussische Me
45) in der Regel die Genehmigung des Aufna
für den Kranken zuständige Ortspolizeibehörde

Dass das bzw. die ärztlichen Gutachten ü
Geisteskrankheit die *eigentliche* wenn nich
Grundlage für die Aufnahme eines Kranken
bilden, dürfte von Niemand, welcher auch nur
liegenden Gegenstand in Berührung gekommen
werden können; sollen die qu. Zeugnisse aber
haben, so müssen dieselben von Aerzten mit
bildung abgegeben werden. Für das Vorhandens
geben dem Staat die pro physicatu geprüften A
währ, abgesehen selbstredend von den Specialisten
heiten. Wir glauben daher für die Aufnahme ei
jedwede Irren-Anstalt, insbesondere aber in ei
amtsärztliches Zeugniss für unbedingt erforderlich er
Gutachten muss von dem für den Kranken zust
physicatu geprüften Kreiswundarzt, als dem tec
welches der Staat verfügt, für gewöhnliche Fäll
wenn indessen Gefahr im Verzug ist, z. B. bei
der Kranken, kann die Aufnahme vorläufig auf G
Zeugnisses eines jeden approbirten Arztes erfol
Untersuchung des betreffenden Kranken würde
24 Stunden nach seiner Aufnahme durch den für
stalt zuständigen Medicinalbeamten zu erfolgen ha
lichen Gutachten ist gleich zu erachten eine Begla
ärztlichen *begründeten* Gutachtens durch ein
welcher den betreffenden Kranken *selbst unter*
geschehen, unter dem Gutachten versichert hat.
den Gewicht darauf legen, dass die zum Zweck
Geisteskranken abgegebenen sachverständigen G
gründet werden, nachdem uns Fälle bekannt gewo
statt eines Gutachtens bei den Anstaltsacten Kra
wurden, aus welchen lediglich der Krankheitsna

Beachtenswerth erscheint die Bestimmung
wähnten Belgischen Gesetzes, sowie im § 8 ein
reichischen Verordnung vom 14. Mai 1874 (abge
traut, Handbuch der österreichischen Sanitätsge
deren die betreffenden ärztliche Atteste nicht lä
dem Aufnahme-Antrag angestellt sein dürfen und
Untersuchung erhalten müssen; auf solche Weise
brauch vorgebeugt werden.

So wünchenswerth in vielen, ja nothwend

die Beibringung einer Krankengeschichte oder eines Gutachtens des behandelnden Arztes eines Geisteskranken sein mag, so halten wir es doch für schwer durchführbar, die für Berlin und Charlottenburg bestehende und mit Rücksicht auf die grossstätischen Verhältnisse begründete Forderung eine ärztlichen *und* eines amtsärztlichen Attestes zu verallgemeinern.

Die Genehmigung des Aufnahme Antrages durch die für den Kranken zuständige Polizeibehörde hat schon wiederholt, namentlich bei Irrenärzten, Bedenken hervorgerufen, und zwar mit Rücksicht darauf, dass in frischen Krankheitsfällen, welche erfahrungsgemäss am meisten Aussicht auf Heilung bei schnell eingeleiteter zweckmässiger Behandlung bieten, durch die Erfüllung dieser Forderung leicht bedenkliche Verzögerungen eintreten können. Es dürfte daher eher als Grundsatz aufzsstellen sein, dass die Aufnahme Geisteskranker in eine Anstalt zu erleichtern, anstatt dass sie zu erschweren sei. Auch kann es für manchen Geistekranken von Bedeutung werden, wenn seine psychische Erkrankung an seinem Wohnort bekannt wird, was bei Einholung der qu. *Genehmigung* an vielen Orten kaum zu vermeiden sein wird. Wir wollen nur andeuten, welche Folgen dadurch für Richter, Anwälte, Aerzte etc. entstehen können. Doch lässt sich nicht verkennen, dass die gedachten Bestimmungen eine grössere Sicherheit gegen widerrechtliche Unterbringung Gesunder in Irren-Anstalten gewähren; es soll auch nicht unerwähnt bleiben, das Art. 10 des qu. Belgischen Gesetzes eine Benachrichtigung der Ortsbehörde des Kranken durch den Procurator des Arrondissements, in welchem die aufnehmende Anstalt belegen ist, fordert und dass der zur zeitgemässen Verbesserung des französischen Gesetzes vom 30. Juni 1838 (Zeitschrift für Psychiatrie von Lähr, Bd. XX. Suppl. S. 1. ff.) unter dem 25. November 1882 dem Präsidenten der Republik vorgelegte Gesetzentwurf (abgedruckt in Annales médico-psychologiques par Baillanger, Lunier et Foville T. IX. p. 223 ff.) im Art. 15 (p. 260) den Procurator des Etablissements, in welchem die betr. Irrenanstalt belegen ist, verpflichtet, die Kranken binnen drei Tagen nach ihrer Aufnahme unter Beistand eines Arztes zu untersuchen und erforderlichen Falles Erhebungen in seinem Wohnort zu veranlassen. Die erwähnte österreichische Verordnung enthält nach dieser Richtung keine Vorschriften. Eine abermalige Erwägung, ob die in Preussen bestehenden qu. Vorschriften eine Milderung erfahren dürfen, glauben wir anheimstellen zu sollen; eine solche wäre durch eine Aenderung der bestehenden Bestimmungen dahin zu ermöglichen, dass in Zukunft von dem Unternehmer der Anstalt binnen spätestens 24 Stunden nach der Aufnahme an die Heimatspolizeibehörde des Kranken nur secrete *Anzeige* unter Beifügung einer Abschrift des *amtsärztlichen* Gutachtens zu erstatten ist; der Polizeibehörde steht es dann frei, Bedenken ev. geltent zu machen.

Auf solche Weise ist jeder Zeitverlust zu Unterbringung des Kranken thunlichst vermieden und die secrete Behandlung mehr gewahrt.

Die über die Aufnahme von Geisteskranken an die Ortsbehörde der Anstalt und das für den Kranken zuständige Gericht zu erstattenden Anzeigen bedürfen keiner weiteren Erörterung.

Suppl. S. 109.) Das Belgische Gesetz verlangt ebenfalls Art. 51 jährlich wiederholte Revisionen durch eine Commission oder Einzelbeamte; ein Gleiches schlägt auch der neue französische Gesetzentwurf im Art 12 (a. a. O. S. 258) vor, und finden sich analoge Bestimmungen auch für die Beaufsichtigung der Irrenanstalten anderer Länder, z. B. in Holland, Italien etc.

Was 3) die Einrichtung der Privat-Anstalten betrifft, so glauben wir nur kurz folgende Punkte als der Regelung bedürftig hervorheben zu sollen: a) Für jeden Kranken muss ein bestimmter, den heutigen sanitären Anfoderungen entsprechender Luftraum zur Verfügung stehen; wir halten 25 bis 30 Cbmtr. für ausreichend, wenn besondere Schlafräume vorhanden sind. b) In jeder Privat-Irrenanstalt, gleichviel, ob dieselbe heilbare oder unheilbare .Kranke aufnimmt, müssen für die Zahl der Kranken genügende Badeeinrichtungen, getrennt für die Geschlechter, vorhanden sein. c) In den Anstalten, welche heilbare Geisteskranke aufnehmen, muss ein Arzt wohnen.

Wir halten die vorstehenden Bestimmungen nach den Erfahrungen, welche einzelne Mitglieder der Deputation gelegentlich der Revision oder privaten Besichtigung einzelner Anstalten gemacht haben, für dringend geboten; es giebt Privatanstalten, in welchen die Kranken eng zusammengedrängt sind, solche, in welchen keine geordnete Badeeinrichtung vorhanden ist, und solche, in welchen Privatkranke auf der gleichzeitig vorhandenen Communal-Abtheilung untergebracht sind.

Königl. Wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen.

(Unterschriften.)

(Eine eingehende Besprechung dieses Circular-Erlasses muss aus Mangel an Raum für eine der nächsten Nummern zurückgesetzt werden. Red.)

V. Tagesgeschichte.

Aus München. Der oberbayrische Landrath behandelte in der Sitzung am 16. November den Haushaltsvoranschlag der hiesigen Kreisirrenanstalt, wobei eine Klage zum Ausdruck gelangte, dass nach dem Tode des Directors Dr. Gudden die vom Landrathausschusse befürwortete Trennung der Anstaltsleitung von dem Lehrstuhle der Psychiatrie an der Universität nicht stattfand, sondern die beiden grossen Aufgaben wieder vereinigt dem neuen Director Dr. Grashey übertragen wurden. Der Vertreter der Kreisregierung führte die bestimmenden Gründe für diese Vereinigung aus und verwies schliesslich darauf, dass die Ernennung des Dr. Grashey zu beiden Stellungen Seitens der Krone erfolgte. Der Berichterstatter des Landrathausschusses bezeichnete lediglich den letzterwähnten Grund als denjenigen, der den Landrath bestimme, den Gegenstand nicht weiter zu verfolgen, somit die Erörterung der Angelegenheit ihren Abschluss fand.

Druckfehler.

S. 689, Z. 12 von unten: „porencephalischen" statt „porencephalitischen". S. 690, Z. 10 von unten: „den linksseitigen" statt „der l." S. 690, Z. 14 von unten: „3/4 der natürlichen Grösse" statt „1/4".

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 25)

jede zwei Bogen stark,
Abonnement pr. Quartal
4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLAT
für
Nervenheilkunde, Ps
und
gerichtliche Psychop

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Ben
dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranl

9. Jahrg. 15. Dezember 1886.

Inhalt.

I. Originalien.

Zum Capitel über nervöse Herzschv

Eine Erwiderung
von Dr. med. OTTOMAR ROSENBACH

Die von uns in einer Abhandlung „über ner ausgesprochene Ansicht, „dass sich aus dem erwä stande bei fortgesetzter Einwirkung gewisser Schä auch erst nach einer Reihe von Jahren — eine org des Herzmuskels oder der Herzarterien entwickel dem geschätzten Herrn Referenten in Nro. 19 d eine „anfechtbare und unbewiesene" hingestellt; wi mit Recht.

Wir haben unsre Auffassung dadurch zu beg wir „auf die Gemeinsamkeit der aetiologischen I Herzaffectionen und nervöser Herzschwäche hin letzteren zu Grunde liegenden Veränderungen ge acute, schnell vorübergehende Stadium einer Er

Herzens bezeichneten, welche nicht zu häufig und andauernd platzgreifen dürfe, ohne für die Folge dauernde unverwischbare Spuren ihrer Einwirkung im Gewebe des Organs zu hinterlassen.“ Ist diese Schlussfolgerung wirklich so sehr unbewiesen? Ist nicht erfahrungsgemäss die letzte Ursache der schwersten aller organischen Herzerkrankungen, der Sklerose der Kranzarterien, vor allem eine übermässige, durch welches aetiologische Moment auch immer bedingte, Thätigkeit des Herzmuskels? Führt ja doch die andauernd verstärkte Herzaction zu stärkerer Belastung der Wände der Arterien, zu Drucksclerose und unter ungünstigen Ernährungsverhältnissen zur Herzmuskelentartung. Andauernd verstärkte Herzthätigkeit wird aber durchaus nicht immer blos durch erhöhte mechanische Widerstände, die sich der Herzarbeit entgegenstellen oder durch Herzgifte im weitesten Sinne, welche das Herz stimuliren, herbeigeführt, sondern das Verhalten der *Erregbarkeit des Herznervensystems* spielt bei der Entstehung der aus Mehrarbeit resultirenden Herzvergrösserung eine sehr wichtige, nur zu oft unterschätzte Rolle. Je erregbarer das Herznervensystem ist, desto eher bewirken geringe Anstösse eine Mehrarbeit, desto häufiger führen sie zu andauernd gesteigerter Thätigkeit und es ist nicht unwahrscheinlich, dass die cardiopathische Belastung mancher Familien nur von dieser Hyperexcitabilität der Herznerven herrührt. Da nun bei der nervösen Herzschwäche diese Uebererregbarkeit des Herzens die Signatur des ersten Stadiums, in manchen Fällen das hartnäckigste Attribut des Leidens überhaupt ist, so darf man wohl annehmen, dass durch fortgesetzte Einwirkung gewisser Schädlichkeiten, welche die nervöse Reizbarkeit unterhält und fördert, nach einer gewissen Zeit sich die erwähnte organische Störung herausbilden kann. — Auf Grund der Analyse einer grossen Zahl eigner Beobachtungen glauben wir den Causalnexus zwischen gesteigerter Erregbarkeit der Herznerven und organischer Herzerkrankung mit Sicherheit statuiren zu können; bezüglich des Ueberganges der nervösen Herzschwäche in die organische Erkrankung sind wir natürlich auf indirecte Schlüsse angewiesen, da wir bei der zeitlichen Differenz des Lebensalters, in dem die eine oder die andere Affection zur Beobachtung kommt, eine directe Erfahrung an *einem* Individuum zu machen nicht in der Lage waren. Wir können den Causalzusammenhang nur in soweit construiren, als wir in einigen Fällen ausgesprochener Coronararteriensclerose und in einem Falle typischer Herzmuskelerkrankung durch die Anamnese und die Aussagen der seinerzeit zu Rathe gezogenen Aerzte festzustellen vermochten, dass in früheren Jahren Erscheinungen von Seiten des Herzens vorlagen, welche man nach dem heutigen Standpunkte unsres Wissens in die Kategorie der nervösen Herzschwäche einzureihen das Recht hat.

II. Original-Vereinsbe

I. Berliner medicinische Gesellsc

Sitzung vom 10. November 1886.

692) **Rotter:** Krankenvorstellung: *Arthropathia ta gelenks.)* Die Charcot'schen Arthropathien der Ganzen seltene Erkrankungen. Von den einzelnen mit am seltensten das Sprunggelenk. Dem Vort Fälle von Czerny, von Gaucher und das Präpar bekannt. Was die Franzosen (Charcot, Féré) beschrieben haben, ist eine Erkrankung der Meta Tarsal-Gelenke.

Vortrag. selbst zeigt einen Tabiker mit einer gelenkaffektion aus der Klinik v. Bergmann's. früher stets gesunde Patient, litt vom Herbst vorig fang Sommer d. J. an einem Ulcus perforans au der rechten grossen Zehe, in der Gegend des Metat lenks, welches durch eine 5 wöchentliche Bettruhe lung Mitte Juni d. J. zur Verheilung gebracht Woche nach Vernarbung dieses Geschwüres bemerkt er wieder umherging, ohne irgend welche traumatis eine allmähliche Anschwellung, erst in der Umgebu lenks, dann auch des Unterschenkels bis hinauf zun nerhalb zweier Monate vorwiegend in der Fussgeg wurde, dass Patient nicht mehr die Hose darüber z bedeckende Haut war schmerzlos, nicht geröthet, maler Farbe; die Constistenz der Anschwellung de Fingerdruck hinterliess in der Gegend des Fussge Die Anschwellung erreichte nach einigen Wochen fang, ging dann allmählich und zum grössten Theil von September ab stationär. Wenige Tage nach schwellung bemerkte Patient Krachen im Fussgelenk, dass er beim Gehen im Sprunggelenk einknicke, in denselben nach aussen rutsche und in der 4. Malleolus beweglich sei. Im folgenden Monat Aug norme Beweglichkeit im Sprunggelenk noch bede dann mehr stationär. Trotzdem vermochte Patient herzugehen, ja von Ende August ab seinen Beruf a früh 6 bis Abends um 9 Uhr fortwährend auf füllen. Er konstruirte sich nur zur besseren Fixatio einen etwas monströs aussehenden Stiefel.

Stat. praes. Die Gegend des rechten Sprun verdickt, der Umfang ist um 10 Ctm. grösser als Seite. Die beiden untern Drittel des Unterschenk larsusgegend sind in mässigem Grade verdickt. nicht geröthet und normal bis auf eine am Mall. druck entstandene Schwiele. Die Consistenz de

Theile derb und hart, der Fingerdruck bleibt über der Fussgelenksgegend und am Unterschenkel nicht stehen, am Fussrücken hinterlässt er eine Impression. Das untere Drittel der Fibula und Tibia erscheint verdickt, die Malleolen sind um 2 Ctm. breiter als die der gesunden Seite und der Malleolus intern. ist an der Verbindung mit dem Tibiaschafte abgebrochen und leicht hin und her zu bewegen. Der äussere Knöchel reicht um 2 Ctm. tiefer zur Fusssohle herab als der der gesunden Seite. Dadurch erleidet das kranke Bein eine reelle Verkürzung von nahezu 2 Ctm. Bei Bewegungen im Fussgelenk fühlt man starkes Crepitiren, und vor dem Malleol. ext. ein Knattern wie wenn in der Kapsel Knocheneinlagerungen vorhanden seien. Neben den normalen Bewegungen im Sprunggelenk ist noch eine starke Adduction in Folge des Abbruchs des Malleolus int. und der Veränderungen der Gelenkfläche möglich, so stark, dass der Fuss einen nach innen offenen stumpfen Winkel mit dem Unterschenkel bildet.

Trotz dieser ausgedehnten Zerstörungen vermag der Patient noch leidlich und ganz ohne Schmerzen zu gehen. Beim Auftreten mit dem erkrankten Fusse rutschten die cruralen Gelenkflächen auf dem Talus wie auf einer schiefen Ebene nach aussen, so dass eine Art Subluxation zu Stande kommt.

Der Patient, der von seinem Fussleiden abgesehen, sich für vollkommen gesund hält, befindet sich im Prodromalstadium der Tabes. Der Befund ist folgender: Im verflossenen Winter litt er öfters an Gürtelschmerz, seit Frühjahr an lancinirenden Schmerzen mehr im rechten Bein als im linken und besonders des Nachts, ferner seit Sommer an Kribbeln in der Fusssohle. Nicht vorhanden waren Gastralgien. Die Untersuchung ergiebt folgendes: 1) Linke Pupille weit, die rechte sehr eng. 2) Accomodative und reflectorische Pupillenstarre. 3) Sehvermögen herabgesetzt ($^6/_9$), Augenmuskeln normal. 4) Die tactile Empfindung in den untern Extremitäten erhalten, die Schmerzempfindung herabgesetzt. Störungen im Temperatur- und Drucksinn und verlangsamte Leitung. Patellarreflexe links etwas herabgesetzt, rechts eher gesteigert. Der Gang nicht atactisch, auch nicht im Dunkeln unsicher. Stehen mit geschlossenen Augen vor 4 Wochen ohne, jetzt mit leichtem Schwanken. Urogenitalapparat in Ordnung.

Vortrag. begründet hierauf seine Diagnose auf Arthropathia tabica nach den von Charcot festgesetzten Gesichtspunkten und macht besonders auf die rasche Entwicklung der schweren Destruction des Gelenks aufmerksam. Dieselbe sei nach der Ansicht der französischen Autoren durch eine primäre, durch die Tabes bedingte, schon vor Beginn der Arthropathie bestehende, Brüchigkeit der resp. Gelenkenden, nach der Ansicht mancher deutscher Autoren durch die Analgesie der Knochen, abnorme Belastung oder Inactivität hervorgerufen.

Sitzung vom 17. November 1886.

Diskussion über Arthropathia tabidorum:

Nachdem Vortrag. nochmals kurz den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Arthropathia tabidorum dargelegt hat, entwickelt 693) **Virchow** seine diesbezüglichen Anschauungen unter Demon-

stration einer grossen Reihe von pathologischen Knoche
aus der Sammlung des pathologischen Instituts.

Es gibt danach keine wesentlichen Unterschied
Arthropathia tabidorum und der Artheritis deformans
ist ein A. deform. nach oder bei Tabes. Die Veränderung
chow bei A. deform. fand und ausführlich schildert, sind
der A. tab. Ein Unterschied liegt nur in dem schnelleren
stärkeren Wirkung der deformirenden Gelenkerkranku
indem bei letzterer Krankheit nervöse Einflüsse eine
nährung des Knochens bedingen und dadurch einen r
herbeiführen. Jedenfalls ist die Erkrankung eines
lenkes nicht von der Tabes abhängig, sondern es g
Localmoment dazu, etwa ein Trauma, welches bewirl
dies bestimmte einzelne Gelenk erkrankt. Die A. defo
anderer Weise für den Neurologen wichtig, insofern si
Veränderungen der Wirbel zu Störungen des Rücke
spinalen Nerven führen kann. Das frühe Auftreten
tion bei Tabes hat etwas auffallendes und es liegt der
dass die Gelenkaffection schon vor der Tabes vorha
fanden sich in einem Falle von Gelenkaffection bei
betreffenden Gelenke die Zeichen congenitaler Luxati
und die characteristischen Beckenveränderungen. Die
dert die Gelenke in ganz anderer Weise, man find
scharf umrandete mit Narbengewebe ausgekleidete Defe

Bernhardt macht auf das Vorhandensein des
im vorliegenden Falle von Tabes aufmerksam. Je na
rung des Prozesses im Rückenmark könne nach den ne
tungen das Kniephänomen in einzelnen Fällen von T
sein.

Jürgens konstatirte bei den Sectionen von
Paralytikern und Choreakranken eine starke Dilatatio
kapsel und glaubt, dass dieselbe in Folge der atakti
zu Stande kommt. Es sind Veränderungen der Bindeg
Kapsel (Zerfall in kleine Partikeln) nachweisbar. Wenn
erfolgt — welches immer der Gelenksaffection bei T
gangen sein muss — so ist die Dilatation der Kapsel
der nachfolgenden Erkrankung von Bedeutung. In ä
wirken die gleichzeitig konstatirten vasomotorischen St
Gelenken und die oft beobachtete Vascularisation der Sy
Dagegen hebt Roller hervor, dass die Arthropathie g
vor dem atactischen Stadium eintrete. Otto

II. K. K. Gesellschaft der Aerzte in V

Sitzung am 12. November 1886.

694) **von Hebra** hält unter Vorstellung des betreff
einen Vortrag über *Syphilis des Centralnervensystems*
gange in Heilung.

„Ich habe die Ehre, Ihnen einen Fall von geheilt
Ataxie locomotrice vorzustellen. Zu meinem Bedauer

in der Lage, Ihnen den Patienten zu zeigen, so lange das Uebel in Flor war, da die Zeit der Blüthe in die Ferienmonate fiel, während der keine Sitzungen abgehalten wurden, und muss ich bitten sich mit meinem Referate zu begnügen.

Der vor Ihnen stehende 28 jährige Agent inficirte sich Mitte Februar des laufenden Jahres; er wurde von einem Collegen an seinem exulzerirten harten Schanker mittelst Emplastrum hydrargyri behandelt und bald geheilt. Er erschien am 26. Februar das erste Mal an der Poliklinik wegen einer, besonders an den Unterextremitäten stark aufgetretenen Prurigo, gegen die ihm Bäder mit Solut. Vlemincks verordnet wurden. Damals liessen sich noch die Reste einer Sklerose erkennen. Neben der Prurigo entwickelte sich anfangs März ein makulo-papulöses Exanthem und Mitte März traten die ersten Erscheinungen einer Iritis auf, die sich im Verlaufe von einigen Tagen zu hohem Grade steigerte und mit einer heftigen Subraorbitalneuralgie kombinirte. Vom 20. März an erhielt er täglich eine subkutane Injection einer einprocentigen Sublimatlösung lokal an Stirne und Schläfe Ung. ciner. mit Extract. Balladonnae und zweimal täglich Atropineiträufelung. Nach 21 Injectionen, also im Verlaufe der vierten Woche nach Beginn der Behandlung, waren sämmtliche Erscheinungen wieder geschwunden und das Auge vollkommen normal. Während dieser Zeit und auch später waren keinerlei Affectionen an der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle bemerkbar geworden. Mit Ende April war der Patient als hergestellt anzusehen, er blieb vollkommen wohl Mai und Juni bis Mitte Juli. Zu dieser Zeit begannen unbestimmte Kopfschmerzen aufzutreten, die sich weder durch gewisse Lokalisation, noch Einhalten nächtlicher Exacerbationen charakterisirten. Ich legte Ihnen im Anfange keine Bedeutung bei und dachte eher an eine Insolation während der gerade sehr heissen Jahreszeit. Die Intensität der Schmerzen nahm aber täglich zu, es stellte sich Schwindel ein, der in wenigen Tagen sich so steigerte, dass Patient nur mit Mühe auf der Strasse gehen konnte und sich oft an den Mauern der Häuser anhalten musste, um nicht umzufallen. Am 20. Juli wurde dem Patienten Jodkalium verordnet in einer Lösung, so dass er ungefähr 2 Grm. pro die nahm. Nach 14 tägigem Gebrauche dieses Mittels liessen die Schwindelerscheinungen nach, hörten aber trotz fortgesetztem Jodkaliumgebrauche nicht vollkommen auf.

Gegen Ende August begann der Patient über Schwäche der unteren Extremitäten zu klagen, ohne damals irgend welche ataktische Symptome zu zeigen. Am 3. September wurde beginnende Ataxie beim Gehen konstatirt, doch war sie sehr gering. An diesem Tage konnte der Kranke noch mit geschlossenem Auge stehen und waren die Patellarsehnenreflexe noch vorhanden. Zum ersten Male klagte er auch über ein lästiges Gürtelgefühl, das zeitweise in Schmerz ausartete.

Am 4. September war eine beträchtliche Steigerung aller Symptome zu verzeichnen; Patient fiel um, wenn er mit geschlossenen Augen stehen sollte, die Patellarsehnenreflexe waren geschwunden. Ich verordnete ihm täglich Einreibungen von 4 Grm. Ung. ciner und ge-

gen 4 Grm. Kali hydrojodicum. In den nächsten '
schlimmerung noch wesentlich zu, so dass der
Stande war, auch nur ein paar Schritte zu geh
unteren Extremitäten war eine vollständige und
Schmerzen gesellten sich dazu. Es trat absolute
und des Darmes ein, so dass der Harn nur durch
terisiren entleert werden konnte und durch drei T
keine Stuhlentleerung erfolgte, das Gürtelgefühl stei
Crises gastriques, die wegen ihrer Hochgradigkei
komplete Schlaflosigkeit veranlassten.

Nach Ablauf einer Woche war unter der vor
eine leichte Besserung eingetreten. Der Kranke k
Schritte in seinem Zimmer machen, setzte Stuhl
alle drei bis vier Tage ein Mal und mit Nachhilfe
Abführmittel, auch die Lähmung der Blase liess n
Harn noch sehr dünn und langsam ab. Ich dra
Fortsetzung der eingeleiteten Behandlung. Da en
21. September plötzlich einen apoplectischen An
rechtsseitige Lähmung der oberen und unteren Ex
Facialis ein, partielle Zungenlähmung, so dass der
gab, an diesem Tage nicht zu sprechen, sondern
mochte, die obere Extremität war in ihrer Bewe
die untere ganz unbrauchbar. Ich sah ihn erst am
fand nur noch partielle Lähmungserscheinungen, da
schon wieder verschwunden war, doch dauerte es noc
bis auch der letzte Rest derselben sich verloren ha
lähmung war noch deutlich zu erkennen, die Spra
ein Minimum reducirt. Wollte der Patient seinen Ko
Schulter wenden, so fiel er auf die linke Seite um
nomen schwand erst im Verlaufe des October.

Die tabetischen Symptome verwischten sich v
stetig und wieder ziemlich rasch, die Patellarseh
sich ein und der schwankende Gang machte grössere
Bereits am 5. Oktober konnte der Patient seine Besch
aufnehmen, die ihn zwingt, 6 Stunden des Tags a
sein. Er hat 50 Frictionen à 4 Grm. Ung. cin. g
über 100 Grm. Jodkalium zu sich genommen. Se
die Euphorie stationär. Die Blase funktionirt vollko
Darm noch etwas träge. Es zeigen sich auch wieder
Schmerzen, kein Gürtelgefühl. Nur noch etwas Pams
Körperhälfte.

Der vorgestellte Fall bietet in mehrfacher H
resse. Vor Allem unterscheidet er sich durch seine
Verlaufsweise: Bald nach dem ersten Auftreten der A
einer Roseola, der nur spärliche Knötchen beigemengt w
Syphilis am Auge und nach kurzer Unterbrechung
des Centralnervensystems, vorwiegend des Rückenm
nungen, welche gemeinhin in die Periode der se

Lues fallen, werden hier schon zugleich oder gleich nach secundären Symptomen gesehen.

Sodann liefert der Fall einen Beweis für die Möglichkeit der syphilitischen Aetiologie ataktischer Störungen. Wenn ich auch keineswegs behaupten will, dass der vorgestellte Patient an Sklerose der Hinterstränge erkrankt war, oder dass die Syphilis überhaupt Sklerose der Hinterstränge zu erzeugen vermag, so bot er doch viel tabetische Symptome, dass eine Verwechselung mit einem effectiven Tabiker nicht ausgeschlossen erscheint. Sicherlich ist aber hier die Entwickelung aller nervösen Läsionen auf syphilitischer Basis nachzuweisen und die Syphilis als directes und ausschliessliches ätiologisches Moment für denselben anzusehen. Man darf hier nicht nur von Ataxie an einem syphilitischen Individuum sprechen, sondern muss, wie Fournier sagt, den Fall als Ataxie locomotrice d'origine syphilitique bezeichnen. Die Zweifel in die Möglichkeit einer solchen sind wohl vor allem dem Umstande zuzuschreiben, dass gewöhnlich eine längere Zeit verstreicht, selbst viele Jahre vergehen von dem Momente der Infection und dem ersten Zeichen der Allgemeinsyphilis bis zur Manifestation der in Rede stehenden Läsionen am Rückenmarke, so dass der Nachweiss des syphilitischen Charakters nicht gelingt. Alle Zweifel müssen aber schwinden bei einem Falle, wie der ist, den Ihnen vorzustellen ich die Ehre habe, da in fast ununterbrochener Kette man die Symptomenreihe von der Infection bis zur geschilderten vollen Höhe der nervösen Störungen und ihrem gänzlichen Schwinden im Verlaufe einer relativ kurzen Zeit erfolgen konnte.

Schliesslich darf wohl auch noch der Erfolg einer energischen antisyphilitischen Kur mit in Anschlag gebracht werden. Es ist bekannt, dass bei der genuinen Tabes der Gebrauch des Quecksilbers im Allgemeinen als nutzlos angesehen wird, ja die Meinungen gehen sogar dahin den Quecksilberpräparaten eine effective schädliche Wirkung zuzuschreiben. In meinem Falle ist nun die Wirkung der Einreibungen eine eklatant günstige gewesen, so dass auch dieser Umstand herangezogen werden darf, um die vorhanden gewesene Erkrankung des Centralnervensystems als eine syphilitische anzusehen".

Discussion. Hofrath von Bamberger betrachtet diesen Fall als einen interessanten Fall einer Erkrankung des Centralnervensystems nach Syphilis, aber nicht als Tabes. (Hat der Vortr. auch gar nicht behauptet. Ref.) Viele Symptome der Tabes sind wohl vorhanden, aber es fehlen viele andere, wie die Sensibilitätsstörungen, die lanzinirenden Schmerzen in den unteren Extremitäten, die pupillären Erscheinungen. Hingegen sind andere Erscheinungen vorhanden, die der Tabes gar nicht zukommen: Der Schwindel, die hemiplegischen Störungen, die eigenthümlichen Kopfbewegungen. Wir verbinden ja mit der Bezeichnung Tabes ein ganz bestimmtes anatomisches Bild, d. i. die graue Degeneration der Hinterstränge, und diese war in diesem Falle gewiss nicht vorhanden. Bei Tabes haben Quecksilber und Jodkali nicht nur keine bessernde, sondern geradezu eine verschlimmernde Wirkung. Der Zusammenhang der Tabes mit Syphilis muss als ein

bloss zufälliger angesehen werden. Wenn Syphilis
sache der Tabes wäre, so müsste doch die Tabes
— von denen doch kaum eine der Syphilis entgeht –
men. Bamberger hat aber noch nie einen solch

Prof. Nothnagel unterschreibt jedes Wort da
gesprochen hat. Es handelt sich in diesem Fall um e
Encephalitis diffusa auf syphilitischer Basis. Das ko
das klinische Bild ist in diesen Fällen ungemein w
hat mit Syphilis nichts zu thun. Nothnagel hat ni
Tabes nach einer antisyphilitischen Kur heilen sehe
nichts; solche leere Redensarten sollten doch endlich u

Prof. Benedikt hält den demonstirten Fall
diffusa und bemerkt, dass in den ersten 14 Tagen di
trotz der antisyphilitischen Kur, sich verschlimmert l
ferner darauf hin, dass er und Westphal der von
Erb ausgesprochenen Ansicht, dass die Ataxie auf
zuführen sei, entgegengetreten sind. Er hat die Erf
dass Quecksilber in sehr vielen Fällen schädlich ist.
andererseits nicht in's entgegengesetzte Extrem fallen
als Ursache der Tabes ganz ausschliessen. Es gieb
Formen von Tabes die ein sehr wechselndes Bild zeig
und wiederkommen. Diese Fälle schwinden auf eine
Kur. Gewöhnlich vermuthet Benedikt die syphilitis
wo im Verlaufe der Krankheit gewisse Aypien vork
es Fälle, wo der Process mit einer Neuritis peripheric
Fälle kommen immer bei syphilitischen Individuen vo
wesentliche Besserung nacn antisyphilitischen Kuren.

Prof. Winternitz hat in sehr vielen Fällen
philis vorausgehen gesehen. Er hat einen Fall bec
sagen musste, es handle sich um Tabes in Folge v
nicht um Tabes bei einem syphilitischen Individuum.
die tabetischen Symptomen bessern, selbst ohne anti
handlung.

Dozent Dr. Grünfeld hat mehrere Fälle von
wo der Zusammenhang mit Syphilis unzweifelhaft w
v. Bamberger hält eine vollständige Heilung eine
kelten Tabes für unmöglich, es kann aber vollständ
complex der Tabes vorhanden sein, ohne dass die a
änderungen im Rückenmarke vorhanden sein sollen.
genannten Neurasthenie kommen ja exquisite tabetisc
vor, ohne dass anatomische Veränderungen vorhanden
entschieden zu bestreiten. Ref.) Die Fälle die Prof.
wähnt, müssen doch keine reine Tabes gewesen sein.

Hofrath Meynert bemerkt, dass man bei allen
krankungen ungemein unterscheiden muss zwischen de
floriden Erscheinungen und den Ausfallerscheinungen,
riden Stadium vorhanden sind. Es kommen bei der
alyse so bedeutende Besserungen vor, dass man gen

diese Fälle für geheilt anzusehen und doch gehen diese Leute später zu Grunde. Ein ähnliches Verhältniss besteht auch bei der Tabes dorsualis. Längere Rückbildung des Processes, ein längeres Cessiren des Processes darf noch nicht als Heilung angesehen werden und ist noch gar kein Beweis für die luetische Natur der Krankheit.

Prof. Benedikt hält an dem klinischen Bild fest, wenn er von Tabes spricht. Er schliesst sich ganz an die Aeusserung Meynerts an, erwähnt aber andrerseits einen Fall von Tabes nach Syphilis, der durch Nervendehnung geheilt wurde. Der Mann starb nachher an einer anderen Erkrankung und bei der Section fand sich eine graue Degeneration der Hinterstränge, während Prof. Bamberger einen Tag vor Eintritt des Exitus letalis das Vorhandensein der Patellarsehnenreflexe konstatirte.

Docent Dr. Bergmeister hat einen Fall von initialer Tabes mit exquisiten Sehnervenleiden beobachtet, bei dem aber die für progressive Atrophie characteristische Gesichtsfeldeinschränkung fehlte. Bergmeister hat blos auf Dekoloration geschlossen. Seither sind 5—6 Jahre verflossen, das Allgemeinbefinden des Patienten hat sich wesentlich gebessert, ebenso das Sehvermögen und die initiale Tabes.

Prof. Nothnagel: Es kommen Fälle vor, wo zuerst periphere Nerven erkranken und dann Tabes auftritt. Déjerine hat solche Fälle als Nevrotabès beschrieben. In diesen Fällen ist aber nicht Syphilis, sondern Alkohol Ursache der Krankheit. Dann kommen solche Fälle vor, wo weder Syphilis, noch Alkoholismus beschuldigt werden kann.

Prof. Benedikt: Für mich bedeutet Tabes Erkrankung der Hinterstränge, für Bamberger und Nothnagel Degeneration der Hinterstränge. In den Fällen, wo man bei der Section nichts findet, ist man noch nicht berechtigt zu behaupten dass keine anatomischen Veränderungen da waren.

Rosenthal bemerkt, dass er kurz nach der Publikation Erb's in einem Vortrage in der Gesellschaft (1880) und in einer Abhandlung in der „Mediz. Presse“: „Ueber Charakteristik der Myelitis und Tabes nach Lues“ hervorhob, dass die Statistik sich nicht eigne, ein System der Syphilis-Tabes zu gründen. Was lässt sich beispielsweise mit dem Prozentsatze Erb's anfangen, wo Syphilis + Rheuma + Trauma gemischt figuriren? die anatomischen Befunde sind negativer Natur; auch die seitherigen Beobachtungen lieferten nichts Neues. Die spinalen Gefässverdickungen wurden bei der Tabes mit und ohne Syphilis in gleicher Weise befunden.

In der erwähnten Arbeit wies Redner nach, dass in fünf Fällen von syphilitischer Myelitis unter dem Einflusse spezifischer Curen eine stetige Reduction der abnorm vergrösserten Tastkreise eine Erholung der Schmerzempfindlichkeit, der electro-kutanen und muskulären Sensibilität; eine Rückbildung der paraplektischen oder spastischen Lähmungen, der Sphincterenparalyse, des Dekubitus und demenzähnlicher Psychosen zu konstatiren war. Bei der sogenannten Syphilis-Tabes waren dagegen trotz spezifischer Kuren die Tastempfindung, die Anal-

gesie, die electro-cutane und muskuläre Sensibili
Verfall gerathen, wurden die Ataxie, die Sehner
terenlähmung, die trophischen und psychischen S
lich beeinflusst.

Welche Vorsicht bei Beurtheilung von Hei
geboten sei, beweise eine Beobachtung von Erb
Symptome der Tabes durch Jahre gewichen wa
des Patellarreflexes nebst Blasenlähmung) und Fr.
Autopsie beträchtliche Entartung der Hinterstränge
vorfand. Somit können schon in früheren Stadie
tabischen Symptomen bereits deutliche anatomisch
sein, deren definitive Rückbildung erfahrungsgemäs
giltig, ob Syphilis im Leben vorhanden war oc
war.

Mauthner: Die Thatsache, dass bei Sect
die alle tabetische Symptome gezeigt haben und ange
keine graue Degeneration der Hinterstränge gefu
noch nicht, dass das kein wirklicher Fall von Tab
nach einer geheilten Pneumomie keine anatomische
der Lunge findet, so ist man desshalb noch nicht
berechtigt, dass keine Pneumonie da war. Es fr
graue Degeneration der Hinterstränge heilbar? Di
Frage vermag nur der Okulist zu geben, weil sicl
genau derselbe Process abspielt, wie in den Hinters
wir mit Bestimmtheit nachweisen, ob dieser Proce
Augenspiegelbefund lehrt, dass die Atrophie des
dasselbe ist' die Tabes — nie zur Heilung kommt.
sche Befund braucht nicht gleichbedeutend zu sein
Es kann eine Atrophie der Sehnerven bestehen oh
während sonst die mit Sehnervenatrophie behaftete
kommen blind sind. Offenbar müssen mikrosko
bestehen, es müssen im ersten Falle die Axencyli
Es ist also möglich das dieselben grobanatomiscl
vorhanden sind und doch verschiedene klinische B
Verhältnisse können auch zwischen den anatomisc
der Hinterstränge und dem klinischen Bilde bei Ta

Hebra Schlusswort: „Ich habe weder behau
den ich vorgestellt habe, durch Degeneration der H
gerufen sei, noch dass syphilitische Tabes geheilt
habe überhaupt von Ataxie gesprochen, und w
promiscue den Ausdruck Tabes gebraucht habe, s
weil diese zwei Ausdrücke gewöhnlich promiscue

III. Referate und Kritiken.

695) **Alexandra Steinlechner-Gretschischnikoff** (Belgrad): **Ueber den Bau des Rückenmark's bei Mikrocephalen** (Ach. f. Psych. etc. XVII. 3. p. 649.)

Die in dem Flesch'schen Laboratorium in Bern angestellten Untersuchungen der Verfasserin bezwecken den Einfluss des Vorderhirns auf die Entwickelung hauptsächlich des Rückenmarks zu ergründen und zwar durch das Studium von Hirndefecten und ihrer Folgezustände. Das Untersuchungsmaterial bilden 2 — äusserlich — microcephale Individuen, von denen der erste Fall, in einer früheren Arbeit von Flesch beschrieben, hier nur auszugsweise citirt wird. Die Gehirnveränderungen waren so hochgradig, dass mit Ausnahme der Stirnlappen und des vorderen Theiles der Parietallappen Alles zu einer dünnwandigen Blase verkümmert war. Neben diesem Fall von typischer Mikrocephalie beschreibt die Verf. ausführlich das porencephalische Gehirn eines 6 jährigen Knaben. Der mächtige Spaltlag ungefähr in der Gegend der Centralfurche. Der ganze Windungstypus der Convexität war verändert, jedoch die ganze hintere Hälfte des Hirnmantels zeigte sich mehr verändert und reducirt, als die wenigstens quantitativ verhältnissmässig gut erhaltenen Vorderlappen. In Folge der Atrophie der Hinterhauptslappen lag das Kleinhirn fast unbedeckt. — Die *aus diesen Defecten* resultirende Verkümmerung des Rückenmarkes (in beiden Fällen waren lokale Ursachen der „Mikromyelie" nicht nachzuweisen) constatirte die Verf. durch mühsame Mikrometermessung und durch directe Zählungen der Nervenfasern. Betheiligt war in erster Linie die weisse Substanz und zwar vor allem die Pyramidenseitenstränge und die Goll'schen Stränge, ausserdem die Vordersäulen sowie bei dem stärker betroffenen Präparat auch die Gegend der Kleinhirnseitenstrangbahn; die Keilstrangregion ist anscheinend nicht afficirt. In dem zuerst genannten Falle ist auch die graue Substanz durch Verminderung der Nervenzellen betheiligt. — Trotzdem eine Untersuchung der Medulla und der inneren Kapsel noch nicht vorgenommen war, glaubt die Verf. schon jetzt folgende Schlüsse ziehen zu können:

1. Die Ausbildung der Nervenfasern in den Pyramidenseitenstrangbahnen wird durch pathologische Prozesse in frühen Entwicklungsperioden beeinträchtigt; —

2. Weil jedoch selbst bei hochgradigsten Missbildungen immer noch *eine Anzahl* Fasern vorhanden sind, muss die Bildung *dieser* von Centraltheilen unterhalb des Grosshirns abhängen.

3. Ebenso sind die Goll'schen Stränge von einer normalen Entwickelung des Grosshirns abhängig.

4. während die Grundbündel der Vorderstränge weniger absolut und wahrscheinlich nur indirect abhängen.

5. Die graue Substanz steht insofern unter dem Einfluss des Grosshirnwachsthums, als bei frühzeitigen Störungen desselben die Nervenzellen der Vorderhörner vermindert worden. —

(Nach Ansicht des Ref. bleibt eine Lücke in der Verf., dass eben noch beträchtliche Hirnparti Vorderlappen vorhanden waren, welche ebensowohl (Kapsel vorausgesetzt — die noch vorhandenen Ner konnten). Langreute

696) **L. Edinger** (Frankfurt a. M.): Verlust des und doppelseitige Hypoglossusparese, bedingt durch e im Centrum semiovale. (Deutsch. med. Wochenschrift N

Einen für die Lehre von der Localisation im Fall, bei welchem der Verf. im Leben die Wahrsche mit ziemlicher Sicherheit stellen konnte, trug E. im Frankfurt vor:

Der etwa 78jährige Patient, geistig ziemlic den unsicheren, schwankenden Gang der Betrunker leichte Schwindelanfälle, apoplektische Insulte, wa letzten 2 Jahre vorgekommen, die jedoch eine L Folge hatten. Sprache war während seines Aufenthal langsam, geschluckt hat er stets gut. Im Dezem war im Jahre 1870 aufgenommen) konnte er pl sprechen, gleichzeitig liess er die Speisen aus dem M Verf. ihm feste Nahrung reichte, war er absolut un schlucken, Flüssigkeit brachte er unter Husten müh Sprache war ganz verloren, er konnte nur einen etv enden Laut hervorbringen. Er verstand alles, was und sah gut. In keiner Extremität war eine Schv tactile Sensibilität intact. Tod durch Schluckpneum 1886. Aphasie und Schluckstörung hatten bis zum bestanden.

Die letzen beiden Symptome, die neu zu de hinzugetreten waren, deutete Verf. als direkte Herdsym dass es sich wahrscheinlich um eine Erweichun zwar musste man schliessen, dass ein kleiner Er centr. semiovale sich befinde in demjenigen Geb Durchgangspunkt der Hypoglossusbahn und als Th wahrscheinlich gemacht worden ist, im Marklager n vom vordern Theile der Insel, etwa zwischen dem kernes und dem Rindengebiet hinter dem Sulcus pr

Aus der vom Verf. ausgeführten Sektion heb der Substanz der ersten (oberen) Stirnwindung ca. vorn von der vorderen Centralwindung liegt ein überzogener Hohlraum, der etwa von der Grösse ist. Er hat glatte Wandungen und ist mit klarer Flüssigkeit gefüllt. An dieser Stelle fehlt wesentlich der Herd geht nicht deutlich in das Markweiss hin sonst nichts Abnormes. Im Marklager *rechts* ein 20pfennigstück gross, nicht ein Millimeter tief, m halt, er liegt $^1/_2$ Centimeter nach aussen vom Nucl

$^1/_2$ Centimeter hinter dem vorderen Grenzwinkel vom Thalamus und Nucl. caudat. Es liegt nach der Bezeichnung von Pitres genau zwischen der Coupe pédiculofrontale und der Coupe frontale, auf der Grenze zwischen dem Faisceau pédiculofrontal moyen und Faisceau pédiculofrantal inférieur. Ferner wurden noch zwei kaum linsengrosse Erweichungsherde im Gehirn gefunden. Die Kerne der Hirnnerven sind ganz normal. Aber es zeigt sich eine absteigende Degeneration der rechten Pyramide vom Hirnschenkelfuss bis in die Kreuzung.

Für die Beurtheilung vorliegenden Falles umgeht Verf. die Atrophie zahlreicher Hirnwindungen und die ältere Cyste in der ersten Stirnwindung; die erstere ist exquisit chronischer Natur, und die Cyste sehr alten Datums. Auch die beiden kleinen Erweichungsherde, möglicherweise frischer Natur, im Kopfe des rechten Nucleus candatus und im rechten Putamen werden wohl für das Auftreten der genannten Erscheinungen in der letzten Zeit des Lebens nicht anzuschuldigen sein und unser Interesse concentrirt sich schliesslich auf den Erweichungsherd im Marklager. In der Literatur sind Fälle bekannt, wo Herde im *rechten* Marklager Sprachstörungen hervorgerufen haben. Da der Herd dauernde Aphasie und dauernde motor. Hypoglossuslähmung erzeugt hat, so müssen wir annehmen, dass er die motor. Sprachbahn und die centrale Hypoglossusbahn unterbrochen hat. Nach Bitot und Wernicke ist es wahrscheinlich, dass nach aussen und etwas nach oben vom Nucleus caudatus ein Stück der motor. Sprachbahn verläuft. Sehr nahe an dieser Stelle muss aber auch die centrale Hypoglossusbahn verlaufen und es wird durch diesen Fall ziemlich sicher gestellt, dass der Hypoglossus zwischen Rinde und Caps. interna über die obere Kante des Linsenkernes hinwegzieht, also in dem „unteren Frontalbündel" enthalten sein muss.

Goldstein (Aachen).

---

697) **Martius** (Berlin): **Experimentelle Untersuchungen zur Electrodiagnostik.** (Arch. f. Psych. XVII. 3. p. 864.)

Den bisher feststehenden Sätzen *über die Widerstandsveränderungen der menschlichen Haut durch den constanten Strom:* dass die Grösse der Widerstandsabnahme abhängig ist von der Intensität des Stromes und der Schliessungsdauer — dass die Abnahme hauptsächlich an der Anode stattfindet — und dass dieselbe, wenn sie durch einen Strom von einer bestimmten Richtung stattfindet, bei Wendung des Stromes *vorübergehend* noch zunimmt — fügt der Verf. folgende neue Forschungsergebnisse hinzu: Unter bestimmten Bedingungen (grosse indifferente Anode auf das Sternum, kleine differente Kathode auf eine der Extremitäten) wächst die Grösse der für eine und dieselbe Stromesrichtung erreichbaren Widerstandsverminderung mit der Zahl der angewandten Elemente. Diese Verminderung hat jedoch eine gewisse Grenze, an der die Elementenvermehrung keinen Einfluss mehr ausübt. Je weiter von dieser Grenze, desto grösser ist die Differenz, die durch Veränderung der Elementenzahl, zwischen Hautwiderstand bei starkem und bei schwachem Strom entsteht. Die Widerstandsverminderung

unter der Anode ist beträchtlich grösser als di
Wenn bei Verwendung *gleich grosser* Electrode
einer Richtung das Widerstandsminimum für diesen
bringt jede Wendung des Stromes noch eine Wid
hervor, welche jedoch nach wenigen Secunden
übergeht; der neue definitive Widerstand wird n
reicht; dieser letztere wird nur durch die *ers*
herabgesetzt. Im Falle die *kleine* Electrode als
und eine Stromwendung auf die Anode stattfinde
teren Sätze mit der Modification: dass die defini
minderung erst mit der Rückwendung auf die Kat
jetzt von Neuem auf die Anode gewendet wird,
tive Widerstand noch über den Grad vor der e
aus. Langreu

---

698) **B. Ball** (Paris): De la responsabilité partie
weise Verantwortlichkeit der Geisteskranken.)

(Gaz. des Hôp. 1886. Nro. 105.)

Eine gleich ihren drei Schwestern an her
dende Frau war wegen eines Verbrechens, das
Ueberlegung, sondern mit einem aussergewöhnlich
sichtsmassregeln begangen hatte, verurtheilt word

Will man nicht, bemerkt hierzu Ball, alle
teskranke erklären, so soll man sie wenigstens mit
wirkliche Anomalie der menschlichen Gattung ha
setz nicht bestraft, sondern nur unschädlich mach
besonders zur Herstellung ihrer kranken Psyche ei
unterbringt.

IV. Aus den Vere

K. K. Gesellschaft der Aerzte i

Sitzung vom 15. Oktober 1886. (Münch. med. Woche

699) **Freud,** der einige Monate bei Charcot
berichtet über dessen Ansichten über *Hysterie.* (
Ansichten Charcot's in dessen „neuen Vorlesun
heiten des Nervensystems insbesondere über Hy
Freud, Leipzig und Wien bei Toeplitz un
dargelegt.) Charcot's sogenannte „grande h
folgende positive Merkmale gekennzeichnet:

1) Das Vorhandensein von eigenthümlichen
eine Aura eingeleitet werden und die erstens i
kungen bestehen, zweitens durch die sogen. „grand
sich wiederholende Bewegungen, sich auszeichne
riode der effectvollen oder leidenschaftlichen Geb
das Delirium folgt.

2) Sensibilitätsstörungen, die zumeist den Typus der cerebral Hemianästhesie einhalten.

3) Eigenthümliche Störungen der Augen, wie: Einschränku des Gesichtsfeldes, Störungen des Farbensinns.

4) Motorische Störungen, Lähmungen, Contracturen.

5) Das Vorhandensein gewisser Punkte, der sogen. hysterogen Plaques, deren Druck einen hysterischen Anfall hervorrufen, al auch einen bereits bestehenden coupiren kann. —

Dieser Typus ist zwar nicht in allen Fällen ausgesprochen, stattet aber die verschiedenen bei der Hysterie vorkommenden Kra heitsbilder zu diagnosticiren.

Die männliche Hysterie ist ein häufiges Vorkommniss und de Symptome sind gleich denen der weiblichen, ja der ausgesproche Typus der grande hysterie ist sogar häufiger bei Männern und sel die den Ovarien entsprechenden Punkte finden sich beim Manne hysterogene Plaques. Charcot hat gefunden, dass in Folge v Traumen häufig männliche Hysterie entsteht und die nach Eisenba unfällen entstehenden Erscheinungen, die unter dem Namen railw spine und railway brain beschrieben worden sind, werden von i als Hysterie betrachtet.

An der Discussion betheiligten sich Rosenthal, Meyner Bamberger und Leidesdorf. Die Schlusssätze, (die auch u sehr zweifelhafter Natur zu sein scheinen G.) werden von diesen b kämpft. Rosenthal und Bamberger weisen darauf hin, da männliche Hysterie schon seit langer Zeit beobachtet und stud worden sei. Letzterer hält die Eintheilung in grosse und klei Hysterie für nicht ganz stichhaltig. Ferner weist er, wie auch Le desdorf auf das Bedenkliche hin, das Trauma als Ursache von Hy serie aufzustellen. Meynert hat wiederholt Fälle beobachtet, w nach Traumen epileptische Anfälle mit Bewusstseinsstörung auftrate ob aber dies wirklich Hysterie ist, muss noch erwiesen werden.

Goldstein (Aachen).

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten das Abonnement auf das Quartal 1887 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Z sendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

Dieser Nummer liegt Titel mit Register der Originalien und alphabetis geordnetes Inhalts-Verzeichniss bei.



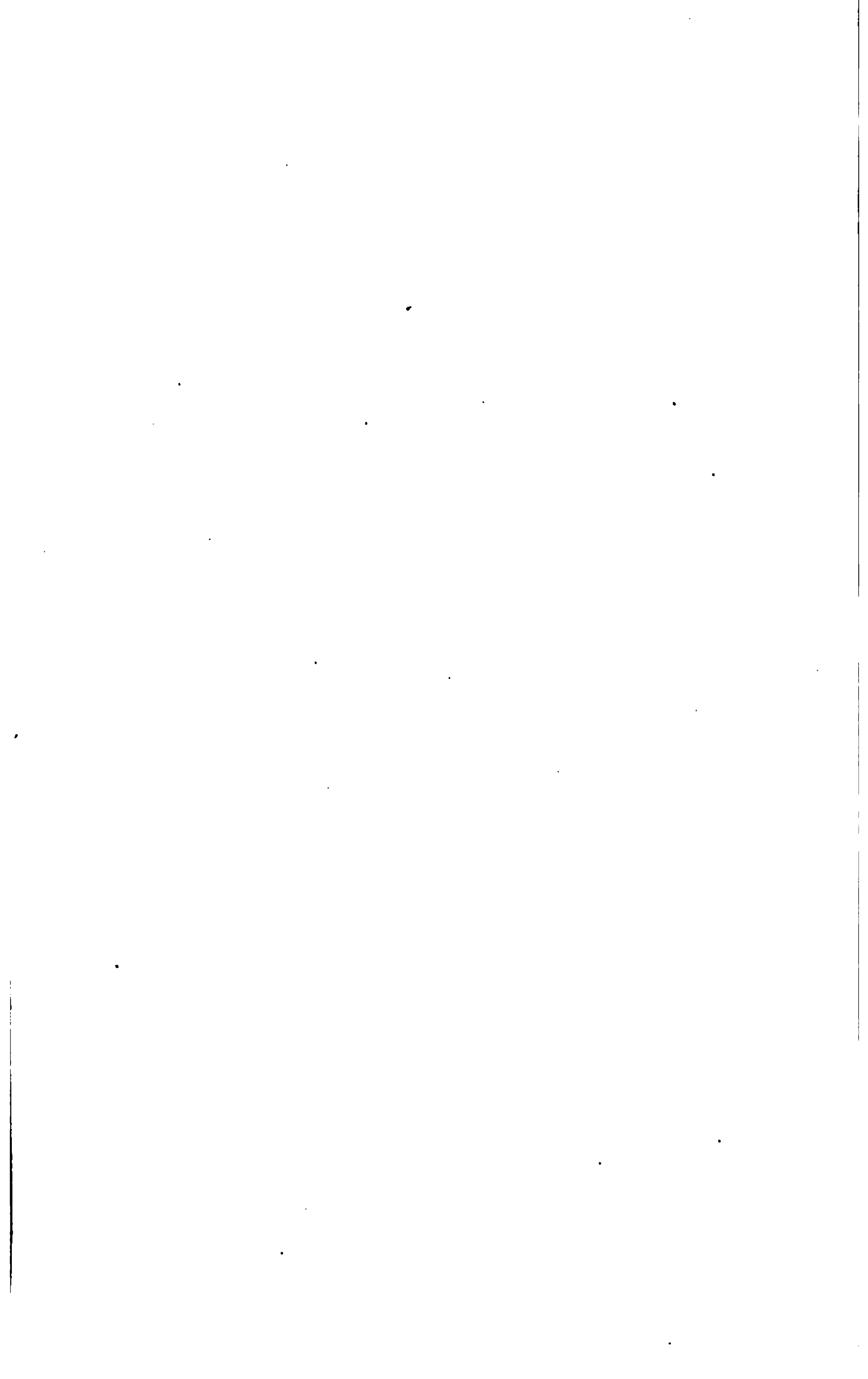
Inhaltsverzeichniss.

Die Zahlen beziehen sich auf die

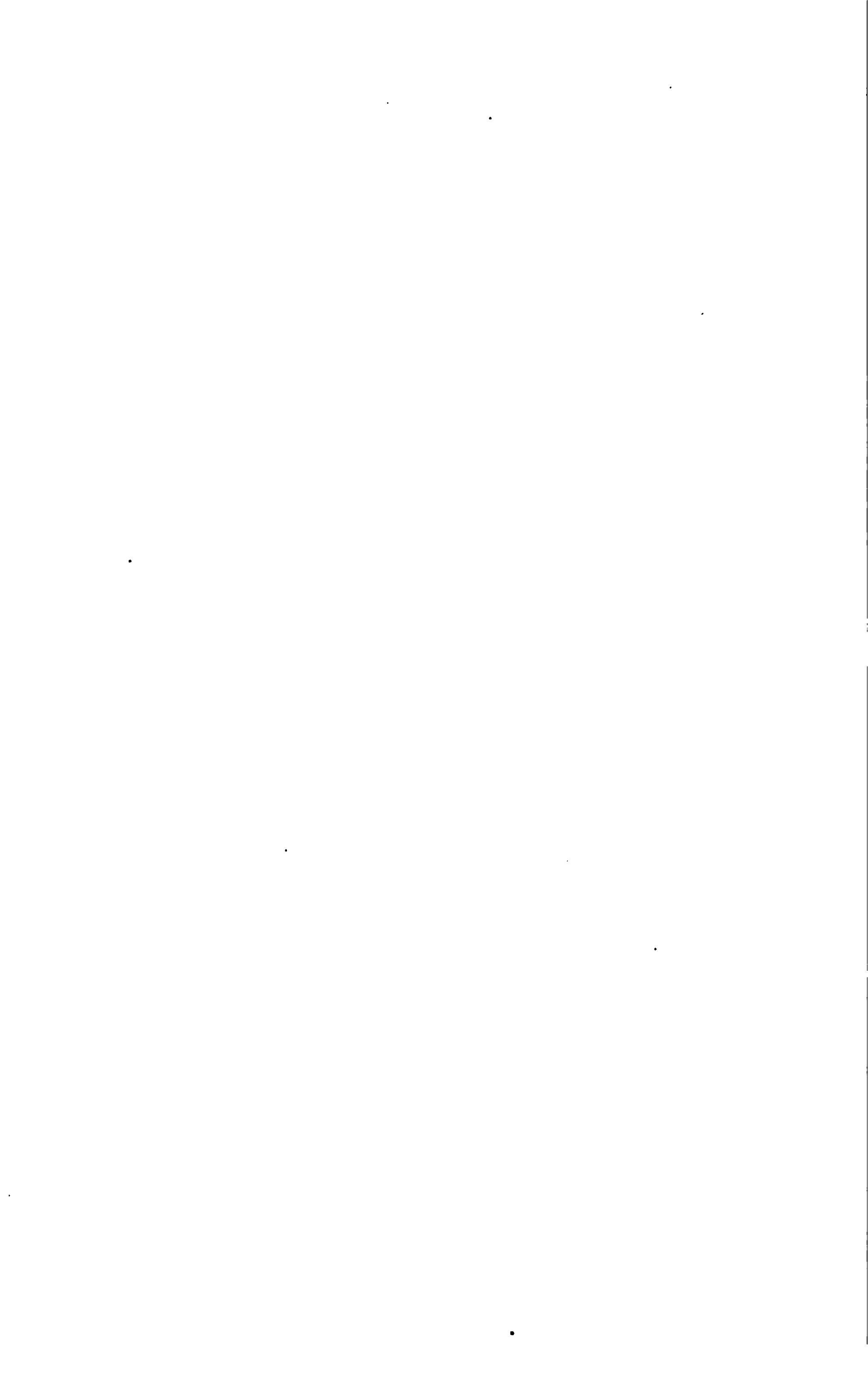


Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).















v.9. Centralb
1886. Nervenhe
4669
UNIVERS